Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice

by
Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski

with

Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsay Galvin,
Ann Pederson and Lana Sullivan

Policy Research
Recherche en matière de politiques

Status of Women Canada
Condition féminine Canada

Canada

105-06910/

Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice

by

Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski

with

Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson and Lana Sullivan

The research and publication of this study were funded by Status of Women Canada's Policy Research Fund. This document expresses the views of the authors and does not necessarily represent the official policy of Status of Women Canada or the Government of Canada.

July 2005

Status of Women Canada is committed to ensuring that all research produced through the Policy Research Fund adheres to high methodological, ethical and professional standards.
Specialists in the field anonymously review each paper and provide comments on:

- The accuracy, completeness and timeliness of the information presented;
- The extent to which the methodology used and the data collected support the analysis and recommendations;
- The original contribution the report would make to existing work on this subject, and its usefulness to equality-seeking organizations, advocacy communities, government policy makers, researchers and other target audiences.

Status of Women Canada thanks those who contribute to this peer-review process.

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

Kornelsen, Jude

Rural women's experiences of maternity care: implications for policy and practice / Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski.

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Les soins de maternité en milieu rural : experiences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique.

Includes bibliographical references.
Includes index.
Available also on the Internet.

Cat. no.: SW21-121/2005
ISBN 0-662-69111-3

1. Maternal health services – British Columbia.
2. Rural health services – British Columbia.
3. Pregnant women – Medical care – British Columbia.
4. Rural women – Medical care – British Columbia.
I. Grzybowski, Stefan
II. Canada. Status of Women Canada
III. Title
IV. Title: Les soins de maternité en milieu rural : expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

RG963.C3.B74 2005 362.198'2'009711091734 C2005-980162-XE

Project Manager: Amr Elleithy and Jo Anne de Lepper, Status of Women Canada
Publishing and Translation Co-ordinator: Cathy Hallessey, Status of Women Canada
Editing and Layout: PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Translation: Lexi-Tech International

For more information, contact:
Research Directorate
Status of Women Canada
123 Slater Street, 10th floor
Ottawa, Ontario K1P 1H9
Telephone: (613) 995-7835
Facsimile: (613) 957-3359
TDD: (613) 996-1322

This document may also be downloaded from the Status of Women Canada Web site, at: <http://www.swc-cfc.gc.ca/>.

ABSTRACT

This research investigated rural maternity care from the perspective of parturient women, care providers, health care administrators and local leaders. We found that women's experiences were bound in the complexity of relationships that were influenced by the attitudes and actions of care providers and the organization of health system services. The study took place within a dynamically changing health care environment in which three of the four study sites ceased offering birthing services during the course of the project. The lack of clearly defined policies supporting rural maternity care was reflected in a tenuous infrastructure for local birthing. This left local services vulnerable to the vagaries of practitioner's attitudes, critical incidents, the variable social and historical context of the community and geography. Literature on risk assessment provides a lens through which some of the findings may be interpreted.

TABLE OF CONTENTS

LIST OF TABLES iv

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS v

PREFACE vi

ACKNOWLEDGMENTS vii

ABOUT THE AUTHORS viii

EXECUTIVE SUMMARY ix

1. INTRODUCTION 1
   The Problem 1
   Overview of the Report 1
   The Investigators 2
   Concepts and Terminology 3

2. RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT 4
   Risk Assessment: An Overview 4
   Risk-Scoring Systems: Tools and Techniques 5
   Critiques of Risk Assessment and Management in Maternity Care 6
   Risk Assessment in Maternity Care: Toward a Holistic Approach 11
   Summary 12

3. THE SAFETY AND EFFICACY OF LOCAL MATERNITY CARE FOR RURAL WOMEN 13
   Rural Maternity Care as a Research Topic 13
   The Safety Question: What Is Safe Rural Maternity Care? 14
   The Interface of Safety and Risk in Rural Maternity Care 18
   Who Provides Safe Rural Maternity Care? 19
   Newborn Outcomes for Rural Populations 22
   The Effects on Perinatal Outcomes of Not Providing Local Maternity Services 23
   What Is Missing from Rural Maternity Care Research? 26
   Summary 26

4. CLOSER TO HOME OR FARTHER FROM CARE? RURAL MATERNITY CARE SERVICES IN BRITISH COLUMBIA 28
   Methods 28
   Health Reform in Canada 29
   Regionalization in British Columbia 30
   Regionalization and Rural Communities 33

Access to Rural Maternity Care 38
Summary 40

5. METHODOLOGY AND METHODS 42
Community-Based Research, Focus Groups and Semi-Structured Interviews 42
Current Research: Approach and Methods 44
Summary 53

6. RURAL CARE PROVIDERS, LOCAL LEADERS AND ADMINISTRATORS' EXPERIENCES OF OBSTETRICAL CARE 54
The Context of Rural Practice 54
Care Providers' Perceptions of the Safety of Local Maternity Care 58
Factors Influencing the Availability of Local Services 59
The Challenges of Practice in Areas with Limited Obstetrical Services 63
Improving the Context of Local Maternity Care 66
Importance of Local Birthing to a Community's Integrity 67
A Care Provider's Concluding Thoughts 68
Summary 68

7. RURAL WOMEN'S EXPERIENCES OF BIRTH 70
Stress of Birth for Rural Women 70
The Importance of Birth in the Community 71
Community and Compromise in Local Birth 72
The Realities of Care for Rural Parturient Women 73
The Case for Local Birth 75
Where to Give Birth? 78
Receiving Care in a Referral Community 82
Diminished Local Obstetrical Care 86
Integrating Care 88
Desire for Doulas 89
Issues Highlighted by Aboriginal and First Nations Women 90
Summary 91

8. DISCUSSION 92
Challenges of Providing and Receiving Care in Rural Communities 93
The Need for Interdisciplinary Models of Care 93
Consequences of No Local Birth 93
Aboriginal and First Nations Women's Experiences 94
Risk in Rural Obstetrics 95
Re-Calibrating the Balance 96
Creating Sustainable Rural Maternity Care Services 97

9. RECOMMENDATIONS 99
Guiding Principles 99
Suggested Recommendations 100

APPENDIXES

A Map of Four Study Sites ... 103
B Community Profiles ... 104
C Policy and Reports Integral to the Regionalization of Health Care Services in British Columbia since 1990 ... 112
D Summary of Statistical Community Profile Work ... 114
E Sample Recruitment Poster ... 115
F Comprehensive List of Care Providers, Local Leaders and Administrators Recruited ... 116
G Group/One-on-One Interview Guide: Women Participants ... 117
H Interview Script: Care Providers and Administrators ... 118
I Interview Script: Local Leaders ... 119

BIBLIOGRAPHY ... 120

ENDNOTES ... 134

LIST OF TABLES

1 Number of Group and One-on-One Interviews Conducted by Study Site 48
2 Location of Births to Alert Bay Residents 105
3 Location of Births to Sparwood Residents 107
4 Location of Births to Elkford Residents 107
5 Location of Births to Residents of the Queen Charlotte Islands 108
6 Location of Births to Port Hardy Residents 111
7 Location of Births to Port McNeill Residents 111

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

C-Section	Caesarean section
CHC	Community health council
FFS	Fee-for-service billing system
GPs	General practitioners
LHA	Local health area
multip	Multiparous
NDP	New Democratic Party
NIA	Northern and Isolation Allowance
nullip	Nulliparous
PHSA	Provincial Health Services Authority
PMR	Prenatal mortality rates
primip	Primiparous
RHB	Regional health board
RNs	Registered nurses
RRSP	Registered Retirement Savings Plan
UBC	University of British Columbia
VIHA	Vancouver Island Health Authority

PREFACE

Good public policy depends on good policy research. In recognition of this, Status of Women Canada instituted the Policy Research Fund in 1996. It supports gender-based policy research on public policy issues in need of gender-based analysis. Our objective is to enhance public debate on gender equality issues to enable individuals, organizations, policy makers and policy analysts to participate more effectively in the development of equitable policy.

The focus of the research may be on long-term, emerging policy issues or short-term policy issues that require an analysis of their gender implications. Funding is awarded through an open, competitive call for proposals. A non-governmental, external committee plays a key role in identifying policy research priorities, selecting research proposals for funding and evaluating the final reports.

This policy research paper was proposed and developed under a call for proposals in September 2002, entitled Restructuring in Rural Canada: Policy Implications for Rural Women. Research projects funded by Status of Women Canada on this theme examine issues, such as the impact of long-term care patient classification systems on women employed as caregivers in rural nursing homes; rural women's experiences of maternity care in British Columbia; farm women and Canadian agricultural policy; the employment of women in Canadian forestry and agri-food industries; and the participation of rural Nova Scotia Women in the new economy.

A complete list of the research projects funded under this call for proposals is included at the end of this report.

We thank all the researchers for their contribution to the public policy debate.

ACKNOWLEDGEMENTS

We gratefully and enthusiastically acknowledge many people who contributed to this project. Project coordinator Lana Sullivan embodied the essence of our approach to research through her attention to creating appropriate relationships with the research communities. Her further attention to organizational detail was unsurpassed and her approach to data gathering, rigorous. Likewise, Catlin Rideout was a research assistant extraordinaire and a delight to work with in the field. The insightful direction offered by Ann Pederson in the area of health policy was stunning in its acuity and essential to the overall understanding of the topic at hand. Liz Cooper and Michael Anhorn, respectively, were brilliant in their ability to immerse themselves in a rich, new area of research on short notice to make substantial contributions to this document. Beyond the discrete contributions of each team member, the collaborative ethos that permeated this project, and led to a truly integrated, multidisciplinary understanding of rural women's experiences of maternity care, cannot be overstated.

We also wish to acknowledge our institutions, the Department of Family Practice at the University of British Columbia and the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, and our colleagues. Their continued support for the model of transdisciplinary research for which we strive has given rise to an effective and meaningful collaborative partnership able to contribute to our understanding of rural maternity care.

Ultimately, our heartfelt appreciation goes to the women, their partners, care providers, community members and administrators in or involved with each of our study sites. They were forthcoming in the stories they shared and their insights into the subject matter both humbled and increased our understanding of issues, challenges and triumphs of rural maternity care. We have made every effort to represent their experiences with accuracy and within the context in which they occurred.

Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski[1]
Co-Principal Investigators

ABOUT THE AUTHORS

Dr. Jude Kornelsen is a sociologist who has undertaken numerous funded studies on the social conditions of maternity care. Current research includes investigations on rural women's experiences of maternity care, the implications of recent policy decisions on these experiences, rural Aboriginal women's experiences of maternity care, and parturient women's attitudes toward patient-initiated elective Caesarean section. Dr. Kornelsen is a Research Associate with the B.C. Centre of Excellence for Women's Health and Assistant Clinical Professor in the Department of Family Practice, University of British Columbia. Dr. Kornelsen is the Co-director for the Rural Maternity New Emerging Team.[2]

Dr. Stefan Grzybowski is a family physician researcher and Director of Research in the Department of Family Practice at the University of British Columbia (UBC) (Associate Professor). He practised as a rural physician for 12 years on the Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii in British Columbia before moving to UBC. He is committed to building research capacity in family medicine and has a long-standing interest in research into the safety of rural maternity care. Dr. Grzybowski is the Co-director for the Rural Maternity New Emerging Team.

EXECUTIVE SUMMARY

This study examined rural women's experiences of maternity care in the context of health care restructuring and regionalization. Using a community-based qualitative research model, we interviewed 45 women, 27 care providers, five health care administrators and three local leaders in four rural communities in British Columbia to better understand the impact of the current model of maternity care on women and their families.

Evidence Base for Rural-Based Maternity Care

A number of studies have compared the outcomes of groups of hospitals of different sizes and service levels or population catchments served by different size hospitals, and have shown a range of results. The studies that showed the worst results for small hospitals or catchments of small hospitals were done in Norway and Germany, and there are some challenges to generalizing their findings to the Canadian health care context. Two smaller Canadian studies, however, showed that populations served by small hospitals had no worse pregnancy outcomes than those served by larger hospitals with more specialized care. Even more important, studies from rural Florida and Washington showed that populations without local access to maternity services have *worse* newborn outcomes than those with local access, regardless of where the constituents give birth.

In addition, recent research challenges the long-held assumption that pregnancy outcomes are related, in part, to the volume of deliveries of the care providers, ameliorating concerns over the ability of rural practitioners to maintain competency of skills and abilities. To date, research has not adequately examined the social and economic costs of the lack of local access to maternity care services in rural communities.

Policy

British Columbia lacks comprehensive and integrated guidelines for planning and managing rural maternity care. Despite a lack of understanding of the consequences of the lack of local, community-based maternity care, decisions are being made to close local services in response to fiscal constraints and some care providers' preferences and fears. This stands in stark contrast to the national policy on rural maternity care that states women should be able to give birth in their own communities whenever feasible.

Changing organizational structures, planning priorities and processes, and fiscal constraints have produced a complex environment for women, their families and those who care for them during the perinatal process. The vision articulated in policy documents produced in British Columbia in the early 1990s of "closer to home" care has not become a reality; for rural maternity care, access is uneven and unstable, dependent on the vagaries of individual providers and local authorities. Political accountability has been reduced over time in the mandates of health authorities and the new mechanisms of accountability have decreased the participation of local citizens in decisions affecting them.

Risk Assessment and Management in Maternity Care

While our review of the risk literature revealed that risk assessment is a useful tool for truly high-risk situations, its efficacy is questionable at best when applied broadly to parturient women. This is due, in part, to the lack of understanding of how psychosocial factors support or detract from the course of pregnancies, the overemphasis of assessing risk factors and not balancing risks with psychosocial and other factors that may mitigate these risks. The current model of risk assessment that focusses on biophysical factors that negatively influence pregnancy outcomes was found to be too incomplete. Pregnancy is a complex interaction of biophysical, psychological, social/cultural and spiritual factors. Risk assessment needs to integrate and further explore the effects and complex interactions of all these factors.

Findings

Results of interviews and focus groups with care providers, administrators and local leaders revealed their awareness of the difficulty practitioners have in maintaining their skills and abilities in light of the low volume of local deliveries in most small communities and the implications of this on sustainability. This awareness was underscored by the recognition that despite challenges, as long as families live in rural communities, women will get pregnant, and birth will happen. Participants were forthcoming with their perceptions of the safety of maternity care in the absence of local Caesarean section capability and how this, along with other factors, influenced the sustainability of local maternity care services. Many participants had clear ideas about what was needed to maintain local birthing services, and although the specific criteria varied among practitioners, there was strong agreement about the notion of the importance of a collaborative decision-making process around community birth services.

Birthing women who participated in this study conveyed an understanding of the realities of rural obstetrical care in a time of diminishing resources. These realities included a sense of stress related to their uncertainties around the specifics of care, difficulties in securing a continuous care provider, and the financial implications of leaving their community for care. Further themes within the narratives included participants' recognition of the importance of birth in a community, their desire for local birth, a consciousness around risk and risk assessment, and recognition of their geography and the attendant consequences for access to care it precipitated. A desire for midwifery care was expressed by many women in this study. Aboriginal participants articulated different challenges around access to care and the implications of the lack of local access.

Recommendations

This study makes evident the need for an ongoing organized and systematic transdisciplinary program of research on rural maternity care. This will provide further evidence to address adequately the key questions that will inform new initiatives or changes in existing policy directions. The organizing questions are: What are the barriers to sustainable rural maternity care? How can we address these barriers through policy and practice?

Specific recommendations, based on six guiding principles, pertain to health care system issues, local care provider issues and the need for further research. Despite the specific geographic focus of this study, these recommendations are relevant to other Canadian jurisdictions experiencing similar challenges to the provision of rural maternity care services.

1. INTRODUCTION

The Problem

Rural maternity care services are in decline in Canada. In British Columbia in the past three years, 13 of the 62 rural maternity services have ceased providing birthing support to their communities. In some cases, this evolution has been part of a larger transformation of a small rural hospital to a diagnostic and treatment centre or a health centre; in others, a limited service hospital continues. Parturient women from these communities now have to travel outside of their communities to access intrapartum and, in some cases, prenatal services. Little research has been done on the experience of women and families who can no longer access maternity services in their local communities. The study described in this report was designed to uncover rural women's stories in a way that will help us understand the social and psychological effects of limiting local access to services and how these changes might affect the birth experience. There is more to the story though. Local maternity care providers, in most cases family physicians and nurses, are also caught within the maelstrom of change. For some, no longer bearing the responsibility of providing maternity care leads to feelings of relief. For others, the loss of providing such care leads to a sense of grief over the absence of a cherished part of their practice. And for still others, who are clear in the system-level support they need to offer services comfortably, when the support is not forthcoming they recognize the lack of choice and take solace in the recognition there is nothing more they can do.

Overview of the Report

Why are these changes occurring? Is there new evidence informing policy that demonstrates the danger of small-hospital obstetrics? Is there new information about the costs or quality of care in small hospitals that presents an evidence base for these changes? This report integrates results of a comprehensive review of policy, academic and epidemiological literature that informs our current understanding of rural maternity care. As the current regionalized system of maternity care is rationalized through biomedical notions of risk, a separate review of literature on risks, risk assessment, and critiques of risk rounds out the theoretical context for the current research.

This report begins with a review of the policy literature in British Columbia over the past 15 years to provide a policy context for the roots of the current changes (Chapter 4). Ironically, within these documents there have been a number of strong recommendations advocating care that is closer to home based on the assertion of the right of rural women to birth in their own community. Despite this, in some of the communities we studied, women are forced to travel to access basic birthing support for the first time in the recorded history of the community. This is especially poignant for Aboriginal communities where there are records of local occupation that go back 10,000 years. When viewed with an appreciation of this historical context, the recent initiatives in antenatal care suggest, at the very least, the need for a comprehensive evaluation of the effects wrought by these changes. Such an

evaluation must start with an understanding of the current evidence on the safety of rural maternity care, which we present in Chapter 3.

The last major theme we address in laying the groundwork for women and care providers' stories is a review of the notion of risk. Some would have us believe rural maternity care is all about risk: risk identification, risk scoring and risk management. The rationalization of regionalization strategies around perinatal services hinges largely on strategies to assess and respond to risk identification. This has allowed us to make dramatic gains in reducing perinatal mortality, particularly for low and very low birth weight babies. But what are the implications of applying a strategy designed for a small portion of childbearing women (those with evident risk factors) to the whole population? A cogent understanding of what risk allows us to measure — and what it currently overlooks — will help us answer this question.

The research is set in British Columbia. This is partly an accident of where we live and work but in the complexity of life perhaps there are no coincidences. It is important to note that unlike Manitoba and Saskatchewan, British Columbia has not previously gone through a significant downsizing in the number of small rural community hospitals. This is at least partly due to the mountainous and coastal geography that makes travel and access to adjacent hospitals sometimes a challenge in summer, let alone winter. Nevertheless, significant closures are now taking place making our research timely. In some cases, local community maternity services have closed unexpectedly between the time study participants became pregnant and reached their due dates.

The rural communities we had the privilege of visiting all embodied an ethos unique to their location, geography, history and constituents. All were set within a context of geographic splendour that made it easy to recognize the importance and strength of the ties women may feel to their home environments. We are grateful for the participation of the mothers, caregivers and community leaders who made the research and the subsequent writing of this report possible. The communities that so generously hosted this work are mapped in Appendix A and detailed in Appendix B. The views and experiences of the women and families who choose to live and work in these communities are embodied throughout this report. It is our hope that their voices give rise to an understanding of the social realities created through the policy process. Clearly, all decisions around the provision of rural maternity care must rest on our contentment with the level to which we are able to meet their needs.

The Investigators

Dr. Jude Kornelsen, a sociologist with extensive research experience in studying the experience of birth, has been actively involved in facilitating and advocating for the implementation of midwifery across Canada. Dr. Stefan Grzybowski is a family physician with a long-standing interest in the safety of rural maternity care and how to sustain such services. Their work over the past two years has led to a number of successful grant applications. Their collaboration is founded on a mutual determination to advance the rural maternity care research agenda in order to build a stronger understanding of the needs of parturient rural women and families and how these needs can be met. Their work takes place within a recognition of the complexity of the

challenges within which rural maternity care services evolve and decline, and with a profound respect for the opportunity to try and make a difference. This report, as part of a larger research agenda, is the product of collaboration with other investigators, some of whom are listed as co-authors on this report. The final document is the product of the combined thought and enthusiasm of the whole team.

Concepts and Terminology

Challenges to the safety of small maternity services in rural communities are based on concerns over the lack of local access to Caesarean section. Although most labour and deliveries will proceed without the need for intervention and result in a spontaneous vaginal delivery, we lack the absolute predictive capacity to know when this will not be the case. This is the foundation of the argument for the need for birth to occur in very close proximity to Caesarean section backup.

Aboriginal, as used in this document, agrees with the definition used by Statistics Canada and refers to residents of Canada who can trace their origins to First Nations people who inhabited what is now Canada when the first Europeans arrived. It also includes persons who have gained Aboriginal rights under legislation (e.g., the spouses of Aboriginal persons). (Priest nd) The use of the term implies only those registered under the *Indian Act* of Canada within the context of this project. Because participants also referred to themselves as First Nations, we recognized this in the report.

Perinatal care refers to the period around childbirth, especially the five months before and one month after birth.

The **perinatal mortality rate** is the annual number of stillbirths and early neonatal deaths (deaths in the first week of life) per 1,000 total births (includes stillbirths). Stillbirths are defined here as gestational age of 28 or more weeks.

Primiparity (primip) technically refers to a woman who has completed one birth (Cunningham et al. 1993: 248), but is used frequently to refer to a woman having her first birth who has not yet given birth. To respect the participants' quotes included in the analysis, we use the terms the respondents used.

Regionalization is used within this report to refer to two processes. Within a policy context, it describes the policy process of devolving fiscal and administrative responsibilities for health care delivery from centralized planners to regional health authorities. Within a maternity health care context, it describes regionalized perinatal health care that provides different levels of care at different facilities (Peddle et al. 1983; Nesbitt 1996). The dual interpretation of the term reflects its multiple usage with the health policy and maternity care contexts, respectively.

2. RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT

> Since antiquity, observers have recognized that fetal and maternal morbidity and death are sometimes preceded by specific characteristics and situations (Hall 1994: 1239).

Care providers and prospective parents have always assessed and attempted to redress physical and social conditions believed to lead to poor pregnancy outcomes. In the early 1900s, maternity care textbooks started developing lists of risk factors correlated with poor outcomes. In the 1960s, risk-scoring systems became common and the number of formal, standardized ones grew dramatically (Saxell 2000). Although the conditions assessed and methods of assessment have changed radically over the years, the concept of risk assessment and management in maternity care continues to be an important component of care (Backett et al. 1984; Alexander and Keirse 1989; Saxell 2000; Paling 2003). Contemporary risk assessment combines the clinical judgment of care providers within the context of policy guidelines and standardized risk assessment indices (LeFevre et al 1989; Saxell 2000). In the last 30 years, the use of standardized risk assessment indices has become standard practice for many maternity care providers even though their accuracy and efficacy is unclear (Alexander and Keirse 1989; Chalmers et al. 1989b; Enkin et al. 2000).

Growing academic and clinical literature calls into question the theory and practice of risk assessment, and the attendant implications of a discourse focussing on the aggregate probability of a negative outcome (Alexander and Keirse 1989; Chalmers et al. 1989b; LeFevre et al. 1989; Gregg 1993; Lupton 1993; Enkin 1994; Hall 1994; Handwerker 1994; Enkin et al. 2000; Saxell 2000; Viisainen 2000; Zadoroznyj 2001; Stahl and Hundley 2003). Further to this are concerns about the excessive reliance on risk assessment tools which, it has been suggested, give rise to a reductionist view of pregnancy and birth as a biomedical event as opposed to a holistic and integrated life process (Enkin et al. 2000; Saxell 2000; Walsh 2003).

It is crucial to understand how the current interpretation of risk assessment has influenced standard practice in maternity care at a structural level, but also how notions of risk have been internalized by care providers and how this understanding influences practice at a physician–patient level. In this chapter we outline the current state of risk assessment and management in maternity care and review critiques of standard interpretations. This review provides the foundation for an augmented framework of risk assessment around decisions regarding location of birth for rural women based on the results of this research project (see chapters 7 and 8).

Risk Assessment: An Overview

> Uncertainty is a permanent part of life and life's beginnings. It is also at the heart of the definition of risk (Hall 1994: 1239).

Historically, risk assessment referred to the probability of the occurrence of an event. The term has, however, lost its neutral connotation and is now associated with the likelihood of a

negative event (Douglas 1990 in Saxell 2000). This approach is assumed by the World Health Organization when it suggested: "Risk implies that the probability of adverse consequences is increased by the presence of one or more characteristics or factors" (Backett et al. 1984: 8). Orienting our thought around the probability of negative outcomes has significant psychosocial implications in maternity care for both providers and consumers including giving rise to the belief that normal birth will only occur in spite of potential obstacles or, as the common phrase suggests, that "birth is only normal in retrospect." Prenatal risk assessment grew out of a desire to anticipate what these obstacles may be (Saxell 2000) and reflected a concern in relying on clinical judgment alone to identify such obstacles prospectively. As several authors note, this leads to the imperative to develop methods to "identify factors associated with adverse perinatal outcome" (LeFevre et al. 1989: 691; see also Hall 1994) objectively.

The impulse driving the desire to assess and manage risk was found in evidence-based practice, a cornerstone of contemporary health care. Sackett et al. (1996: 71) noted: "Evidence based practice is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients... evidence based practice means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research." A significant development in the move toward evidence-based practice in maternity care was the publication of *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, (Chalmers et al. 1989a), which reviewed existing scientific research informing standard and recommended practice in pregnancy and childbirth.

Risk-Scoring Systems: Tools and Techniques

> The primary purpose of a risk-scoring system is to classify individual women into different categories, for which specific actions can be planned, advised, and implemented (Enkin et al. 2000: 49).

An American-based 1989 review (Alexander and Keirse) of the literature identified at least 45 standardized risk-scoring systems designed to assess risk factors related to negative pregnancy outcomes. In 1994, Hall identified an additional 12 risk assessment systems in widespread use in Canada. According to LeFevre et al. (1989: 691), all risk-scoring indexes have three principles in common:

- the belief that some number of obstetric risk factors are identifiable at a point prior to delivery;
- that these risk factors are quantifiable; and
- that these quantifiable risk factors are additive, with the sum of the values for each individual factor representing the overall level of obstetric risk.

The risk-scoring systems consistently include an assessment of biomedical factors. Very few, however, assess socio-economic factors, such as income level, social support and relationship stress, despite these having strong and well documented relationships to poor pregnancy outcomes (Cramer 1987; Alexander and Keirse 1989; LeFevre et al. 1989; Carroll et al. 1994; Hall 1994; Saxell 2000).

This is, however, where the similarities end, as each scale tends to assess different risk factors (Alexander and Keirse 1989; Hall 1994; Handwerker 1994; Saxell 2000). Some give each risk factor different relative weight toward the final score; others weight all factors equally (Saxell 2000). Some scoring systems require the risks to be assessed once and others require multiple assessments during the pregnancy (Hall 1994; Saxell 2000).

As perinatal services have been regionalized (with the justification of improving perinatal care and outcomes, and easing budget restraints), standardized risk-scoring systems have become increasingly popular as a way to identify "high-risk" pregnancies that need the services of larger, regional centres (LeFevre et al. 1989; Hall 1994; Stahl and Hundley 2003). Unfortunately, as outlined in the next section, the reliability and specificity of these systems is in question and they do not capture the complexity of pregnant women's lives.

Critiques of Risk Assessment and Management in Maternity Care

During the past 20 years, many researchers and theorists have undertaken critiques on the contemporary use and theory of risk assessment and management. These critiques fall generally into three categories: theoretical critiques, critiques of the risk-scoring systems and critiques of risk assessment implementation. The rest of this chapter explores these themes.

Theoretical Critiques of Risk Assessment and Management

> A reductionist philosophy is a very bad way of understanding how biological living systems work. It's only part of a much richer picture. A reduction philosophy produces some extremely dangerous ideologies of biological determinism and some extremely hazardous technologies (Rose in Hall 1994: 1239).

Risk assessment and management have been promoted as being an unbiased, objective and rational way of responding to risks in pregnancy (WHO 1978; Backett et al. 1984). Recently, however, this approach has been called into question.

In a recent editorial, Denis Walsh (2003: 474) declared: "Risk management needs to [be] exposed as not objective, rational and value-free, but as socially constructed, biased to certain values and politically motivated to reinforce the powerful in health care." The tools and policies used for risk assessment contain professional and institutional bias that affects which risks are examined and which are overlooked (Walsh 2003). In addition, very little has been done to address cultural bias within these systems. (Handwerker 1994; Saxell 2000). Almost all have been developed with an individually based focus of a Western understanding of health and are limited to *physical* health to the exclusion of the emotional, social and spiritual aspects that have come to be recognized as determinants of physical health (Oakley 1992; Enkin 1994; Saxell 2000). As Nesbitt (1989: 696) noted, biomedical risk factors may have differential cumulative effects when combined with various socio-economic and demographic factors. Ignoring psychosocial factors in assessment of pregnancies is especially significant in rural primary care settings where traditional biophysical risk factors are less common. As LeFevre et al. (1989: 692) noted, in these settings, "it may be that socioeconomic and psychosocial factors are of relatively more value."

A notable exception to the exclusion of emotional, social factors is the ALPHA form recently developed and evaluated by Canadian researchers (Reid et al. 1998; Midmer et al. 2002, 2004). Even this tool, however, only assesses psychosocial factors that may detract from pregnancy outcomes. It does not measure psychosocial strengths which may mitigate other risk factors or improve outcomes.

Many claim that risk discourse has led to changes in the perception of pregnancy as a natural process occasionally needing some intervention to protect the health of the mother and baby, to being viewed as an illness that requires constant monitoring and intervention (Duden 1993; Gregg 1993; Lupton 1993; Page 1993; Enkin 1994; Hall 1994; Saxell 2000; Kitzinger 2002; Nolan 2002; Stahl and Hundley 2003). The perceived need for such monitoring and intervention creates a power imbalance between caregivers and birthing women, and diminishes women's belief in the ability of their body to give birth (Saxell 2000; Viisainen 2000). Our cultural lack of confidence in our bodies (and the attendant metaphor of body as a defective machine in need of repair) stems from and reinforces a reductionist view of pregnancy and birth, limiting the potential for understanding the process as an integrated web of physiological, psychosocial and spiritual/environmental complexity (Lupton 1993; Saxell 2000; Walsh 2003).

Researchers have also documented how caregivers can use risk discourse to "scare" parents to follow their advice (Saxell 2000; Stahl and Hundley 2003). The possibilities of a poor outcome are presented, but parents are almost never given information on the number of healthy births that occur given the same risk factors (Lupton 1993). In addition, a growing number of people have documented how care providers may include a subtext of morality in risk discourse with prospective parents (Lupton 1993; Saxell 2000; Viisainen 2000). Parents are left with the impression they will be blamed for poor outcomes or stigmatized as high-risk if they choose to deviate from their care providers' recommendations (Viisainen 2000). Far from being an objective and rational mode of assessment, risk discourse can become a form of control invoking fear and morality (Lupton 1993; Hall 1994; Saxell 2000; Viisainen 2000).

In fact, in much of the discourse, the woman's body is the locus of risk (Viisainen 2000). It is the woman and her body that jeopardize the health of the potential baby (Oakley 1992). This was furthered by the growing profession of obstetrics with its focus on monitoring and surveillance, and an ethos of pathology around birth. "Obstetricians became fetal advocates and women were left to mount their struggle against an adversary who had acquired a potent ally in the fetus" (Arney 1982: 136-137; see also Oakley 1992; Duden 1993; Enkin 1994). The iatrogenic potential of medical interventions as a source of risk, however, is far less prevalent in the discourse and is usually only considered in the alternative literature despite the known risks associated with certain interventions (Oakley 1992; Viisainen 2000).

Given the potential for the language of risk to be used to influence a preferred course of care due to the nature of the presentation of information, some authors have argued it poses challenges to the process of informed consent (Saxell 2000). Informed consent

"is an individual's autonomous authorization of a medical intervention…[and] it is also a formal process that institutions require before permitting procedures" (Whitney et al. 2004: 54). According to Mann and Albers (1997), there are two principles underlying the theory of informed consent: *beneficence* and *respect for autonomy*. Beneficence is the concept of doing no harm and promoting the well-being of the patient. Respect for autonomy includes honouring peoples' "views, choices and values and not impeding the patient's self-determination" (Saxell 2000: 95). While a discussion of risks is necessary to obtain informed consent, the power imbalance inherent in the care provider–patient relationship and the subtext of morality, which are evident in discussions, infringe on the second principle and thus make true informed consent more difficult to obtain.

The application of our current understanding of risk in pregnancy and childbirth has led to a cultural understanding and practice of pregnancy that is informed by catastrophic thinking. In part, this emanates from our cultural discomfort with ambiguity and uncertainty, and the need to be predictive, but is augmented by the imperatives and assumptions contained in our social organization, which privilege the availability and use of technology and institutional solutions to local problems. This is reflected in the choice of the nature of information presented, with a current focus on physiological/biomedical evidence to the exclusion of discussions of the psychosocial or spiritual risks inherent in a given course of care. Given the cultural biases embedded in the intent and language of risk, care providers are vulnerable to using this discourse to give credence to decisions that support factors, including comfort level and attitudes toward appropriate levels of risk, that women *ought* to assume.

Critiques of Risk-Scoring Systems

> What is the evidence about standardized obstetric risk scoring? Does it improve perinatal outcomes? Does risk scoring have the characteristics of a good screening tool? Is it possible that risk scoring might be harmful? Is the emperor wearing clothes (Hall 1994: 1239)?

Despite the plethora of risk-scoring systems, all are vulnerable to critiques concerning the inappropriate application of risk-assessment scores to individual pregnancies, the lack of inclusion of psychosocial predictors in such scores and the overall reliability of scoring systems.

"Obstetric risk scoring presumes a measure of regularity in pregnancy outcome" (Hall 1994: 1241) when, as has been suggested earlier, there is a range of normalcy, which defies regularity and predictability. Women with no previous risk factors may encounter difficulties, and many with one or more risk factors will have a perfectly normal pregnancy, labour and delivery. This is a product of the confusion between correlation and causation. While a characteristic of pregnancy or "risk factor" may be associated with adverse outcomes, it may not be causally related. In fact, with few exceptions, it is not understood how the vast majority of risk factors affect the pregnancy. *Controlling* identified risk factors, therefore, may have little or no effect on outcome, thus defeating the purpose of the risk assessment (Alexander and Keirse 1989; Hall 1994; Enkin et al. 1995, 2000). Several authors have pointed out how this negates the rationality behind the continued use of risk assessment for all but the highest of risk pregnancy (Hall 1994; Saxell 2000) and, indeed, this is a gap in the literature. Perhaps

Enkin (1994: 133) captured the reason behind the continued use of risk assessment well when he wrote: "Objecting to the risk management approach to childbirth is difficult, because the idea of risk management is a product of the culture in which we live. It is so basic to maternity care today that it is difficult to imagine any other model of care."

Beyond the erroneous application of risk assessment results to individual pregnancies, risk indexes are remiss in identifying the strongest predictors of poor perinatal outcomes. For instance, in Canada, Hall (1994) found that none of the 12 risk-scoring systems he studied identified Aboriginal status and only two of the 12 acknowledged any "social" factors as determinants of obstetric risk, despite the fact that poverty and Aboriginal status were recognized by the Canadian Institute of Health Research as the two strongest predictors of stillbirth and perinatal death in Canada. Hall also found that most ignored other very important risk factors such as smoking, alcohol consumption and current fetal anomalies. These oversights are particularly significant when risk assessment is applied to decisions regarding location of birth for rural women, many of whom are Aboriginal or embody other socially complex factors. The lack of cultural sensitivity in standardized risk assessment leads to questions of cultural *and geographic* generalizability. LeFevre et al. (1989) demonstrated that, on at least one risk-scoring system, *the standardized results do not generalize to rural women*. They assert this raises serious doubts about the generalizability of other risk-scoring systems most of which are standardized on urban populations.

Many authors have pointed out that risk-scoring systems only measure quantifiable factors, but many unquantifiable factors also influence pregnancy (Enkin and Chalmers 1982; LeFevre et al. 1989; Saxell 2000). As Enkin and Chalmers (1982: 285) pointed out, "the effects of warmth and kindness on measurable outcomes of pregnancy may be difficult to demonstrate, but these qualities are simply good in themselves. Many things that really count cannot be counted."

There is also conflicting evidence about the reliability of risk-scoring systems. For example, the number of false positives and false negatives is much higher than would be tolerated for other screening tests (Alexander and Keirse 1989; Hall 1994; Saxell 2000; Stahl and Hundley 2003). In fact, Hall (1994: 1242) claimed that in Canada "[a]bout half of perinatal mortality and morbidity occurs in 'low-risk' pregnancies," and some researchers have estimated the false positive rate as high as 96 percent (Fortney and Whitehorne 1982 in Saxell 2000; see also Alexander and Keirse 1989; Hall 1994). A review of the Ontario Antenatal Record risk assessment guide also found it only had a very modest level of reliability (Hutchinson and Milner 1994). Ultimately, the lack of reliability among the scoring and assessment systems leads to a lack of clarity concerning the differential implications of results. As Hall (1994: 1241) noted, "there is no evidence that a woman with a risk score of 9 is three times more likely to have a problem than a woman whose score is 3."

In addition to the lack of specificity and reliability, the outcome of the application of risk-scoring systems (and often risk assessment tools) is that pregnancies may be labelled high risk. Researchers in British Columbia and Germany examined the effect on pregnant women of being labelled high risk (Saxell 2000; Stahl and Hundley 2003). Both studies found that risk labelling may negatively affect a women's psychosocial state by causing states of

increased stress and feelings of lack of control and powerlessness. In rural communities, this effect is compounded by the financial, physical and social implications of having to leave their home community to give birth and the additional stress this causes.

Critiques of Risk Assessment Implementation

> In situations of true high risk, [the risk management approach] has provided good results. But a form of care with unquestionable benefits for a few is not necessarily good when applied to the many (Enkin 1994: 133).

Despite the reasoned caution by Enkin, risk assessment has been applied to "the many" in spite of the lack of evidence of the efficaciousness of such an approach (Alexander and Keirse 1989; Enkin 1994; Enkin et al. 1995; Enkin et al. 2000; Saxell 2000; Walsh 2003). Other critiques of implementation include the potential influence of racial and cultural stereotypes, the lack of consideration of the importance of social context, difficulty in communicating results to prospective parents, differences in prioritizing risk categories between care providers and birthing women, and the increasing fear of litigation and subsequent reliance on risk assessment in hopes of avoiding lawsuits.

There is growing evidence that conclusions drawn from the assessment of risk and determination of risk level are often affected by the caregivers' racial and cultural stereotypes (Enkin 1994; Hall 1994; Handwerker 1994; Saxell 2000). Handwerker described instances where one care provider assessed the same behaviour in radically different ways in patients from different races. Incorporating race as a risk factor is only advantageous, however, if race is interpreted alongside other social determinants of health, such as education and socio-economic status (Cramer 1987).

As noted earlier, the assessment of risk factors is often limited to the woman and her biomedical condition. Rarely are other factors considered, and caregivers are even less likely to do the risk assessment with an understanding of the woman's social and family support systems (Enkin 1994; Saxell 2000). By excluding the woman's support systems in the analysis of her health, it is likely the caregiver will overlook both potential risk factors and supports that could mediate known risks. This may be particularly relevant to rural parturient women, many of whom have extended social support networks that emanate out of the value they place on belonging to a community.

An important part of the implementation of risk assessment concerns the communication and understanding of the risk factors and the options to deal with potential risks. A growing body of literature suggests the effective communication of results is a significant shortcoming of risk assessment strategies (Alaszewski and Horlick-Jones 2003). Prospective parents often have a difficult time conceptualizing risk probabilities like 1 in 100,000. Often, even after careful explanation, parents' perception of the risks differ from those of their caregivers. These differences in understanding of risk may arise from a differential prioritization of risk categories between care providers and patients (McClain 1983; Handwerker 1994; Saxell 2000; Viisainen 2000; Kitzinger 2002; Stahl and Hundley 2003). Enkin (1994) noted that the risks considered by physicians generally fall into one of three categories: risk to the mother, risk to the infant and risk to the physician. Risks considered by the parents also include risks

to the mother and infant; however, parents often consider risks to their other children, the extended family, the community and the risk of medical intervention (Chamberlain and Barclay 2000; Saxell 2000; Viisainen 2000). As noted above, this comprehensive interpretation of risk within the realities of a birthing woman's life is curtailed by standardized risk assessment tools or is lacking, if care providers rely solely on such tools in their decision-making processes.

Finally, there is a growing critique that risk assessment is increasingly being driven by a fear of litigation as opposed to medical need or evidence-based medical practice (Enkin 1994; Saxell 2000). "Doctors report practicing defensive medicine, a tendency to regard patients as adversaries" (Enkin 1994:133), often using more laboratory tests and interventions, such as Caesarean sections than evidence-based practice would suggest (Chalmers et al. 1989b; Enkin 1994). Enkin attributed this to the rising costs of malpractice insurance and care providers' perception of the risk of being sued. Enkin, an American researcher, also noted that despite the rate of malpractice claims in Canada being one eighth the rate in the United States, the perception Canadian physicians have of the risk of being sued is "almost identical" (Enkin 1994: 133). The emergence of risk management offices and risk co-ordinators in hospitals supports this contention. In addition, there is a growing body of literature advising caregivers on common sources of litigation and how to avoid these using risk assessment techniques (e.g., see Simpson and Knox 2003).

Risk Assessment in Maternity Care: Toward a Holistic Approach

> [T]he pregnant body is not simply a machine but instead a complexity of mind, body, feelings and emotions, all impacting on the well-being of the fetus (Saxell 2000: 102).

Other reviews of risk management have suggested changes to risk assessment in maternity care to provide a more holistic and balanced approach to weighing the evidence. Changes must be based on an interpretation of health that exceeds the constraints of biomedicine to include the myriad of other psychosocial influences and an acknowledgment of the intertwining of birth and death. As Nolan (2002: 130-131) noted, caregivers "need to try to re-establish the understanding and acceptance, which have been lost over the years, that birth and death and birth and illness are sometimes closely related." She argued that it is a care provider's responsibility to help parents prepare for these possibilities as part of their discussions about risk and informed consent.

An acknowledgment of the possibility of unfortunate outcomes as inherent in birth (as in life) may give rise to an acceptance of uncertainty and thus mitigate our need for prediction and control over the birthing process. Creating a less urgent context for considering the probability of negative outcomes may lead to the recasting of risk assessment as one of several tools practitioners may use to better understand the composite experiences of a parturient woman. From this perspective, we may be able to develop more accurate understandings of the validity and shortcomings of risk assessment tools and strategies, enhancing our understanding of the limitations of results.

Walsh (2003: 474) advocated the need for caregivers to change from assessing only risk factors to assessing "the factors likely to bring benefit in this situation." He felt this approach would lead to a more holistic handling of maternity care and would encourage caregivers to consider factors not normally considered in the Western medical tradition but that are, nonetheless, important for the well-being of the woman, her child as well as the family and community.

Once structural limitations to the concept of risk assessment are understood, further modifications may be made to the details of the process. For example, it has been suggested that care providers need to find ways to acknowledge and address their stereotypes and racist concepts in interpretations of risk scoring (Hall 1994; Handwerker 1994; Saxell 2000). Until this is addressed, risk assessment will continue to encourage more, usually unnecessary, interventions on women from minority socio-economic backgrounds.

Risk status in pregnancy also needs to be seen as a fluid and ever-changing factor in pregnancies. It is not sufficient to assess risk and benefits once or even twice in a pregnancy (Alexander and Keirse 1989). Instead of the current practice of only referring women to higher and higher levels of specialist care, there needs to be the possibility to refer a woman to lower levels of care if a risk factor is successfully mitigated or she has other benefit factors that mitigate the potential risk factor(s) which precipitated her referral to a higher level of care (Stahl and Hundley 2003). In other words, referral in maternity care needs to be a two-way street with women moving to higher or lower levels of care as appropriate for the changing situations.

Summary

While risk assessment has proven to be a useful tool for truly high-risk situations, its efficacy is questionable when applied broadly to parturient women. This is due, in part, to the current lack of understanding of how psychosocial factors support or detract from the course of pregnancies and the overemphasis on only assessing risk factors and not balancing those with strengths and supports that may mitigate other factors. The current model of risk assessment that focusses on biophysical factors and only on factors that negatively influence pregnancy outcomes is too simple. Pregnancy, however, is a complex interaction of biophysical, psychological, social/cultural and spiritual factors that Western medicine has hardly begun to understand. Risk assessment needs to integrate and further explore the effects and complex interactions of all factors that influence pregnancy, labour and delivery within the context of the woman's ongoing life to give care providers, women and their families a more realistic view of pregnancy and an augmented framework of risk assessment around decisions regarding location of birth.

3. THE SAFETY AND EFFICACY OF LOCAL MATERNITY CARE FOR RURAL WOMEN

This chapter reviews the literature related to rural maternity care in industrialized countries. Tracing this limited, but growing body of literature to its origins, the chapter begins with an introduction to the first research questions and analyses about the safety of regionalized systems of perinatal health care and particularly the safety of small, rural obstetric units. Noting that the onus has been to prove the safety of small rural maternity care services in the face of assumptions they were less safe than centralized, specialized service units, the chapter records the findings of studies comparing perinatal mortality rates and birthweight-specific perinatal mortality rates across different service levels, including those services without Caesarean section capabilities. The structure and practices that support a safe and efficient regionalized system of maternity care are discussed with specific attention to the role of risk management. It is noted that there is little research about the unique factors that affect risk management practices in rural settings. A thorough review of the health human resource challenges facing rural maternity care is included, with particular focus on the Canadian context. The chapter then documents the evidence related to the effects on perinatal outcomes of not providing local maternity services in rural areas and concludes that the evidence is inconclusive, despite policy and practice trends that currently undermine the continuance of such services.

Rural Maternity Care as a Research Topic

Rural maternity care was first systematically approached as a topic of research for health services policy in Canada, the United States and other industrialized countries during the late 1970s and early 1980s. The impetus for this new focus of medical and health policy analysis was the development of systems of regionalized perinatal health care. Regionalized perinatal health care refers to a maternity care system that recognizes that different levels of service are provided at different facilities, usually with:

- community-based small facilities providing maternity care appropriate for uncomplicated pregnancies with a likely outcome of vaginal birth;
- sub-regional facilities where birthing women are referred for standard complications of pregnancy requiring access to attendant obstetric and neonatal care; and
- tertiary obstetric units in centralized (usually urban) locations that provide the highest level of specialized obstetric and newborn care including a neonatal intensive care unit.

Therefore, we can think of regionalized perinatal health care as the organization of maternity and newborn services such that complicated pregnancies are transferred to the most appropriate level of care. The term "rural" has been variously interpreted in the health services literature. For this paper, rural refers to areas, including communities, with populations of no more than 10,000 residents that are outside of the commuting zone of larger urban centres (Statistics Canada 2001).

There is a long-standing and continuing lack of consensus over what constitutes an ideal maternity care system for rural populations. As Canadian family medicine researchers Black and Fyfe noted in 1984 (p. 571): "The degree to which services should be centralized and the number of units that should be closed are controversial questions." This controversy is reflected in changing policies and practices that persist today, as well as ongoing research that seeks to define the optimal model of care and investigate different models' operating assumptions, actual effects and outcomes. As Hein (1980: 540) wrote in his introduction to a study of Iowa's regionalized perinatal health care system: "While the overall goals of all regionalized systems are similar, the approaches used to meet specific needs must vary." In seeking to illuminate this controversy, medical researchers have focussed on safety issues. Hence, most rural maternity care research has included evaluation of newborn outcomes using perinatal mortality rates over time and comparing the different maternity care service levels in a regionalized system (Hein 1977, 1980; Ryan 1977; Perelman and Farrell 1978; McCormick 1981; Peddle et al. 1983).

Since the early 1980s, other researchers have examined the safety of rural maternity care services in different jurisdictions and, while the weight of evidence supports the provision of local services within a regionalized system of care, some controversies remain. The preoccupation with comparing perinatal mortality rates (PMR), including the more refined birth weight-specific PMR across hospital service levels and population catchments, has not been conclusive. The social and economic consequences of the lack of local access to maternity care services have not been studied systematically. Some authors have considered the potentially disruptive effects of birth away from a women's home community, but in-depth investigations of rural women's perspectives and experiences of various maternity care services are missing from the rural maternity care literature. A broader understanding of the implications of access and the lack of access to rural maternity care services is required to inform policy and practice.

The Safety Question: What Is Safe Rural Maternity Care?

The question of safety in rural obstetrics has been examined in a number of studies since Hein (1977, 1980) deliberated on Iowa's 1973 policy directive to try to provide medical care as close to the patient's home as reasonably possible, and thus to strengthen rather than consolidate existing services. Over the last 30 years, policy makers have struggled to plan and maintain appropriate and effective birthing services for rural women without the evidence base of relevance to rural Canada that is still so sorely needed.

Without doubt, improvements in neonatal care technologies since the 1970s have greatly reduced perinatal mortality rates in industrialized countries like Canada as we have improved our ability to provide intensive care services to particularly premature, low birth weight and sick babies (Peddle et al. 1983; Nesbitt 1996). The relatively small number of affected infants and the huge cost of these tertiary services mandate their location in large population centres (Peddle et al. 1983; Nesbitt 1996). Neonatal emergency transport systems have evolved to move vulnerable newborns from peripheral birthing locations to these tertiary services. The rationale for a regionalized system of rural maternity care is to ensure that every pregnant

woman has access to the level of care she requires for a healthy childbirth. As described earlier, in most cases this rationale leads to a system with distinctive service levels.

- Level I hospitals are small rural community obstetric units "wherever geographically necessary" (Peddle et al. 1983: 170) that provide maternity care for low risk or predicted uncomplicated births.

- Level II services serve a larger regional population and provide some specialized maternity care services for moderate to high risk or complex births.

- Urban, often university-based, Level III facilities house the most specialized perinatal intensive-care technologies and personnel.

Two leading questions in evaluations of such regionalized maternity care systems need to be answered.

- Are Level I services safe?

- Is the regionalized system safe?

In an overview of the rural maternity care research literature, it becomes clear the onus has been to prove the safety of small rural maternity care services in the face of assumptions that they were less safe than centralized, specialized service units. Authors in a number of different jurisdictions have attempted to answer this question grouping hospitals by service levels. The approaches have either grouped births by hospital of birth (hospital-based results) or assigned births to a service level by the residence of mother regardless of where the birth took place (population catchment based). Methodologically, the hospital-based studies have had to adjust for referral bias, while the population catchment studies have had to rationalize reasonable catchment criteria. Rosenblatt et al. (1985: 429) examined New Zealand's regionalization experience between 1978 and 1981, and described how "small maternity hospitals are being closed, partly because of fears that the quality of care may be inferior in small hospitals (the economic efficiency of smaller units is another factor)." Seeking to understand whether this fear was justified, these health researchers set out to answer the questions: "Where should babies be born, and who should deliver them?" and "Is there a volume threshold below which obstetric care becomes unduly hazardous for patients?"

In the United States, family physician researchers have noted that obstetricians, lawyers and federal health planners have sought to classify all pregnancies to be potentially high risk in terms of labour and delivery complications, and have recommended that all small, rural, family physician-served obstetric centres be closed (Chaska et al. 1988). Ontario family physician researchers Black and Fyfe (1984: 572) stated: "We need to know more about the safety of small obstetric units before recommending that they either upgrade their services or close." In Nova Scotia, researchers Peddle et al. acknowledged the realities of life in rural Canada by stating: "Ideally, every newborn infant should have immediate access to such [perinatal intensive care] services, if required. This is obviously not feasible because of cost and geographic realities."

Most studies focussing on the safety of rural maternity care services have used perinatal mortality rates and birth weight-specific perinatal mortality rates as the key outcome measure. By comparing birth outcomes of Level I facilities with those of levels II and III facilities, researchers have sought to uncover whether or not Level I services are equally or less safe than more specialized obstetric centres.[3] Such comparative studies have almost all supported the conclusion that within a regionalized system of care, perinatal mortality rates are similar across all service levels. A Canadian sampling of studies that have established the safety of small rural obstetric units include the following.

- Peddle et al.'s (1983) evaluation of Nova Scotia's community-based hospitals found the lowest perinatal mortality rates at these small hospitals (accounting for 23 percent of all births in the province) compared to regional (29 percent of provincial births) and tertiary hospitals (47.9 percent of provincial births).

- Black and Fyfe's (1984) analysis of outcomes of all obstetric cases in northern Ontario between 1980-82 (24,524 births) found no significant differences in perinatal loss rates among six classes of small hospital service levels.

- A forthcoming study in British Columbia comparing population-based rural maternity care outcomes by local service catchments for 1994-1999, shows no differences in perinatal mortality rates across service levels ranging from small obstetric units with no Caesarean section capabilities through to large obstetric units with 24 hour Caesarean section capabilities and serviced by specialist obstetricians (Grzybowski et al. in progress).

These studies, and others from the United States (Hein 1980; Chaska et al. 1988), New Zealand (Rosenblatt et al. 1985), Australia (Woollard and Hays 1993; Cameron and Cameron 2001) and Finland (Hemminki 1985; Viisainen et al. 1994) provided an important evidence base for accepting the safety of small rural maternity care services within a regionalized network of care. They support the assertion that "'safety' cannot be used as a basis for centralizing birth care in large Level III facilities" (Viisainen et al. 1994: 4).

The question of whether local rural maternity care services require Caesarean section capabilities does not yet have a clear answer in the medical literature. A recent hospital-based study (1,132 women) in a rural region of New Mexico presents data that support the safety of hospitals without Caesarean delivery capability that are within an integrated perinatal system. The study found that over two thirds of all local women were able to give birth at the hospital without Caesarean section capabilities, less than 10 percent of all local women were transferred during labour to a facility with operative facilities, the population's perinatal mortality rate was similar to the national rate, and the lack of surgical facilities did not cause major neonatal or maternal morbidity (Leeman and Leeman 2002). In Canada, comparative studies have not found any evidence in terms of negative birth outcomes that the lack of Caesarean section capabilities makes a small obstetric unit less safe, as long as it is embedded in a regionalized system of maternity care (Black and Fyfe 1984; Grzybowski et al. 1991). The literature consistently acknowledges that a local obstetric unit's risk-screening procedures and transport protocols are important factors that support their ability to provide maternity care services safely without Caesarean section capabilities.

It is relatively common in Canada for local rural obstetric units to operate without Caesarean section services. A 1995 study showed that 125 of 576 Canadian hospitals providing local obstetrics were doing so without Caesarean section backup on site (Levitt et al. 1995). The B.C. Reproductive Care Program (1997) documented that in 1996 there were 22 hospitals in British Columbia delivering less than 250 babies per year that did not have on-site Caesarean section capabilities. Recent comparative research in British Columbia demonstrates, not surprisingly, that the availability of Caesarean section capabilities is associated with a greater proportion of deliveries done locally (from 31 to 64 percent) (Grzybowski et al. in progress).

Rural maternity care researchers consistently qualify that the safety of local obstetric units depends on them being embedded in a regionalized system that also provides more specialized levels of care (Hein 1980; Peddle et al. 1983; Rosenblatt et al. 1985; Hogg and Lemelin 1986; Viisainen et al. 1994; Nesbitt 1996). This type of organization gives local maternity care providers and rural women the option of choosing a service level that is appropriate to the kind of care they predict the birth may require. As Rosenblatt et al. (1985: 431) defined, an effective rural maternity care model is "a tightly integrated, pyramidal system, in which most high risk patients are identified by general practitioners and sent to more major referral centres before delivery. In this context, obstetrics *is* safe in small hospitals." To evaluate how the system functions as a whole in ensuring appropriate service levels to women who require more specialized maternity care and those who do not, researchers have ascribed perinatal loss rates to place of residence (or catchment area) of the mother, rather than the facility where she gave birth (Black and Fyfe 1984; Rosenblatt et al. 1985; Lemelin 1986; Viisainen et al. 1994; Grzybowski et al. in progress). These studies are concerned with the optimal performance of a system's referral practices; that is, the local physicians' abilities to screen effectively and select uncomplicated births for local delivery and refer higher risk or complicated births to larger, more specialized centres. As Lemelin queried (1986: 214) in his study of rural obstetrics in the Gatineau Hills of Quebec: "Are some units transferring too many patients, while others are keeping some that should be transferred?"

The efficiency of a local unit's risk management screening and associated referral practices in a regionalized perinatal system can be investigated according to the number of low birth weight infants allowed to be delivered in a small rural hospital as well as the transfer rates as a proportion of hospital admissions (Lemelin 1986). Specifically, an effectively functioning regionalized system would have low birth weight babies born in tertiary care facilities where they can receive intensive care, normal birth weight babies not requiring birth interventions (e.g., emergency Caesarean section) born in local facilities and a low rate of transferring women from local units to distant specialized units during labour or delivery. Unfortunately, as Baird et al. (1996: 225) noted, comparisons among various systems are difficult because each unit and system works "according to its own history and local needs." The consensus among studies of referral patterns from small rural obstetric units to distant specialized centres is that local family physicians need to be able to assess each local woman's risk for a complicated birth and refer her accordingly (Rosenblatt et al. 1985; Hogg and Lemelin 1986; Viisainen et al. 1994; Nesbitt 1996). Simply put: "The success of the unit rests on sound case selection" (Baird et al. 1996: 225). Peddle et al. (1983: 175) referred to this

practice as "the principle of empowerment whereby decision making is left in the hands of local health care providers." Accordingly, rural family physicians may be regarded as the organizing force or filter for a regionalized rural maternity care system. Unfortunately, as discussed in Chapter 2, the current models of risk assessment have serious deficiencies, which must be addressed to allow risk assessment to support these kinds of decisions more effectively.

The Interface of Safety and Risk in Rural Maternity Care

Risk management is designated as a defining principle in the 1998 Joint Position Paper on Rural Obstetrics released by the Society of Rural Physicians of Canada, the College of Family Physicians of Canada, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. As this position paper states: "Risk can never be completely avoided. As long as communities include women of childbearing age, obstetrical risk will exist. Although some risk can be anticipated, a substantial portion of adverse outcomes is unexpected" (Iglesias et al. 1998: 78).

Ideally, risk management is a continuous process which integrates identification and analysis of risks and benefits throughout a pregnancy, labour and delivery. Such integrated risk management obviously extends beyond the local family physician as "the success of any perinatal regionalization program depends, in major part, on the cooperation and good will of all members of the health care team throughout the geographic area served"(Peddle et al. 1983: 175). The British Columbia Reproductive Care Program (2000: 3) established guidelines.

> Each community, including regional planners and the local perinatal team, must determine its own capabilities and the limitations of the local maternity services. This includes deciding which specific cases (including both maternal and newborn care) are appropriate to be undertaken in the community; all decisions should reflect evidence of best practice.

As discussed in Chapter 2, risk-scoring indexes and risk assessment tools have several shortcomings including limited assessment of psychosocial factors, questionable generalizability to rural populations and very poor specificity. Consequently, rural hospitals and regionalized systems of care must be prepared to care for the sick newborn before and during transport to an appropriate facility (LeFevre et al. 1989: 694).

Critical to local rural care providers' risk assessments are the proximity and transportation characteristics between a local rural community and specialized obstetric services (e.g., Caesarean section capabilities). As Hein explained at the outset of his 1980 study: "Time/ distance factors are an important consideration in planning a [rural] perinatal care system" (p. 541). Various recommendations have emerged regarding travel times to obstetric services. For example, Lalonde (1998) advised that any woman should be less than one hour's transportation away from anaesthesia, transfusion services, capability to perform emergency Caesarean section, vacuum and forceps extraction, manual removal of the placenta and suction curettage. However, as Lynch et al. (unpublished) observed: "For

many rural communities, such recommendations are unrealistic, and only serve to hasten the demise of small isolated maternity services." According to the 1998 Joint Position Paper on Rural Maternity Care, local care providers were aware that transportation obstacles may lead to more cautious risk management strategies (Iglesias et al. 1998). More precise information regarding how geography, in terms of remoteness and travel distances, affects rural maternity care practices is not found in the existing literature.

Who Provides Safe Rural Maternity Care?

The health human resource differences and disparities between rural and urban settings feature prominently in discussions and studies of the safety of rural maternity care services. Generally, family physicians are the lead care providers available in rural health centres, rather than obstetricians (Rourke et al. 2000; Stretch and Knight 2002). The overall number of rural physicians providing obstetric services has continued to decline in the past 10 years, which has compounded the problems with maintaining small maternity care services in rural communities (CIHI 2004). Rural settings have also presented particular challenges to the recruitment and retention of midwives in Canadian provinces that have regulated the midwifery profession.

Systemic issues have influenced the decline of interest in rural maternity care provision. As Wiegers (2003) observed in a comparative study of maternity care providers in Canada, the United States, Australia, New Zealand and Northern Europe, there has been a common trend among industrialized countries toward the "medicalization" of childbirth and a shift from general practitioners or family physicians delivering babies to specialist obstetricians as the providers of maternity care services. The general trend of obstetrician-based maternity care has not, however, held true for rural Canada where local access to obstetricians is restricted, because of the huge distances that separate some rural communities from larger centres. A 1995-96 study of rural maternity care services showed that 89 percent of all rural deliveries were attended by family physicians (Iglesias et al. 1999). Furthermore, the College of Family Physicians of Canada, the Society of Rural Physicians of Canada, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada acknowledged in a 1999 position paper "Most rural communities are too small and remote to sustain specialist obstetrical and anaesthetic services for operative birth" (Iglesias and Hutten-Czapski 1999: 209). As Iglesias et al. (1999) noted in their survey of rural Canada's distribution of family physicians and specialist surgeons, even in rural areas, differences in geographic isolation and population density matter. For example, Ontario has a significant number of communities with populations between 15,000 and 25,000 which can support one or more specialist surgeons. In the West and British Columbia, however, outside of the very large regional centres, most communities range in population from 5,000 to 15,000 and are usually too small for a successful specialty practice (Iglesias et al. 1999). Lack of local availability of obstetric specialists has been an issue of concern for health care providers, planners and researchers, as reflected in a 1995 editorial in the *Canadian Family Physician* that states: "Small-hospital obstetrics is in jeopardy because specialist support is unavailable and family practice obstetricians are reducing in numbers" (Chance 1995: 548).

Assessing whether family physicians are capable of providing safe rural maternity care has been a question consistently posed in the medical research literature. Searching for evidence to support or refute whether immediate access to perinatal sub-specialists on site is superior to delayed access to perinatal sub-specialists at a distant site, U.S. researchers evaluated 863 pregnancies cared for by family physicians across a range of service levels. Their findings led them to conclude that on-site perinatal specialists and technology are not necessary and that "board-certified family physicians provide quality obstetric care that is essentially equivalent regardless of site of prenatal or intrapartum care and regardless of access to on-site perinatal subspecialists" (Chaska et al. 1988: 160). Canadian family medicine researchers (Klein 1986, 1987; Klein et al. 2002a,c) noted the differences between family physicians and obstetricians in their use of interventions (induced labour, Caesarean deliveries, use of forceps) and women's psychological/attitudinal experiences during family physician and obstetrician care to support the hypothesis that family physician care is uniquely beneficial for birthing women. "[M]any women wish to be looked after in the context of the entire family" which is the preoccupation of a family physician (Klein 1986: 534).

A unique challenge for physicians providing rural maternity care services is the maintenance of their skills and confidence given the small numbers of births they may experience. Addressing the issue of whether physician experience ensures safety, Rosenblatt et al. (1985: 430) found, in a study of all public maternity hospitals in New Zealand between 1978 and 1981, "no evidence for a minimum number of deliveries below which outcome suffers." Klein et al. compared birth outcomes for deliveries by family physicians with varied annual delivery levels (fewer than 12, between 12 and 24 and more than 25) and concluded that family physicians' delivery volumes were not associated with adverse outcomes for mothers or newborns. The recent joint policy statement, "Number of Births to Maintain Competence," elaborates that there are several important variables that affect a provider's competence:

- the stage of a provider's career and, hence, the value of accumulated experience;
- the shared experiences of members of a practice group;
- well-developed collegial relationships among family physicians, specialists and sub-specialists;
- practice setting and organization; and
- the use of risk management or quality assurance programs (Society of Rural Physicians et al. 2002).

Similar to the rural maternity care research literature's postulations on local care providers' risk assessment role, it seems qualitative characteristics are more relevant in establishing safe obstetrical practices than arbitrarily set quantitative standards. Further exacerbating the problems rural women face in accessing rural maternity care services is the clear decline in the number of family physicians providing obstetrics in rural Canada. Canadian records show a steady decline in the proportion of family physicians attending births from 68 percent in 1984-85, to 46 percent in 1988 and 19 percent in 1997-98 (Reid et al. 2002; Wiegers 2003). Family physicians serving rural populations are still more likely to attend births than their urban counterparts. According to *Giving Birth in Canada*, 27 percent of

rural physicians reported delivering babies in 2001, compared with 12 percent of physicians in urban areas (CIHI 2004). As the President of the Society of Rural Physicians of Canada Peter Hutton-Czapski (1999: 72) described, these trends have significant implications for rural Canada.

> In urban centres this loss can be mitigated by having obstetricians and other family doctors take over the case load. In all of Canada's rural areas there are only 38 obstetricians, so generalists are often the only providers of maternity care, including cesarean sections.... If a rural doctor opts out of obstetrics and there is no one else available to provide obstetrical care, then women are forced to travel, often while in labour, to other centres.

Both recruitment and retention of rural practitioners have been identified as serious dilemmas for rural communities. In a 2002 presentation to the Commission on the Future of Health Care in Canada, Hutton-Czapski reported that while 22 percent of the Canadian population is rural, only 10 percent of Canada's physicians live in rural regions. Elaborating on how this discrepancy will be addressed, Hutton-Czapski noted that only 10.8 percent of medical students are of rural origin, and only about half of these rural medical students will choose careers in rural medicine, while only one in twenty urban students do so. Studies regarding retention of rural physicians highlight high turnover rates. For example, a survey of physicians in B.C. communities that qualified for the Northern and Isolation Allowance (NIA) found that between 1998 and 1999 there was an average turnover rate of 23 percent and only three physicians relocated to other NIA communities while all others left for an urban centre, the United States or another country (Larsen Soles 2001). Among the threats presented by such fluctuating trends in the availability of rural physicians is the vulnerability of rural maternity care services.

Shortages in family physicians providing local maternity care services for uncomplicated births as well as specialists required for emergency obstetrics in rural areas has contributed to the decline of rural maternity care services in Canada. Rourke's comparison (1998) of obstetric services provided in small Ontario hospitals in 1995 with those provided in 1988 documents trends that include fewer specialist general surgeons on staff, significantly fewer family physicians attending births, and significant declines in the availability of general and epidural anaesthetics and Caesarean section deliveries. Overall, fewer births occurred at Ontario's small obstetric services in 1995 than in 1988 (despite a provincial increase in total births) leading Rourke (1998: 2123) to speculate: "The result of reduced anesthesia, epidural and cesarean birth availability is reduced local ability to treat complications of labour. This likely results in more maternal transfers; more stress; and less satisfaction for patients, local family physicians, and obstetric staff."

Similarly, Hutton-Czapski's comparative study of northern Ontario rural maternity care services between 1981 and 1997 linked declining numbers of physicians providing maternity care with a significant decrease in the number of community hospitals offering obstetrical care between 1981 and 1997 (from 52 to 40 hospitals). These studies mirror trends in the rural United States where there are well-documented trends of shortages in obstetrical

providers leading to reductions in the availability of prenatal and obstetrical care (Rosenblatt and Wright 1987; Rosenblatt and Detering 1988; Larimore and Davis 1995).

Nursing trends also show discrepancies between rural and urban Canada although not as pronounced as those of rural physicians. A 2000 report showed that 17.9 percent of the registered nurses (RNs) employed in nursing in Canada worked in rural areas and while the absolute number of RNs in rural Canada had only marginally decreased since 1994 (by 1.9 percent), the absolute number of Canadians living in rural and remote communities increased over this same period (CIHI 2000). Similar to trends in the rural availability of specialist surgeons, lower ratios of RNs to populations of 10,000 in rural areas are experienced in western Canada than eastern Canada (CIHI 2000). Interestingly, rural RNs have been found to have lower levels of formal education than their urban counterparts which stands in apparent contradiction with the expanded role of practice demanded of RNs working in rural settings (CIHI 2000).

A poignant question has been asked regarding obstetrics in rural Canada: "What are we to do about obstetrical emergencies if we don't do obstetrics" (Younger-Lewis 1988: 1024)? The understanding that rural women will continue to have babies and some rural women will have emergencies during their pregnancies fuels a foundational argument in favour of maintaining rural maternity care services (Iglesias et al. 1998).

Newborn Outcomes for Rural Populations

Infant mortality prevention, especially in the neonatal period, is now widely understood by medical researchers to be a problem of ensuring that high-risk infants, particularly low birth weight infants, have timely access to a technologically sophisticated neonatal intensive care unit and preventing low birth weight and premature outcomes in the first place (Fisher et al. 1986; Hogg and Calonge 1988; Larson et al.1997). Living in a rural community is related to both of these issues. Geographic and seasonal weather conditions can influence access to, and increase the risk of, emergency transport, which is essential for systems of regionalized perinatal care (Rosenblatt et al. 1985; Fisher et al. 1986; Hogg and Calonge 1988; Larson et al. 1997; Yeast et al. 1998). Second, and very important, when local access to maternity services declines or is no longer available at all, studies have shown increased perinatal mortality and increases in admission rates to intensive care nurseries (Nesbitt et al. 1990, 1997; Larson et al.1992, 1997; Rock and Straub 1994; Larimore and Davis 1995).

The priority of minimizing infant mortality rates requires preventing preterm birth as much as possible. Preterm birth refers to a live birth of an infant with a gestational age at birth of less than 37 completed weeks. As Health Canada's 2003 *Canadian Perinatal Health Report* describes:

> Preterm birth is the single most important cause of perinatal mortality and morbidity in industrialized countries: 60% to 80% of deaths of infants without congenital anomalies are related to preterm birth. Preterm birth is also associated with cerebral palsy and other long-term health sequelae. One to two percent of all infants are delivered before 32 weeks of gestation, and

> they account for nearly 50% of all long-term neurological morbidity and about 60% of perinatal mortality. Even mild and moderate preterm birth puts infants at increased risk of death during infancy (p. 73).

The Canadian Perinatal Surveillance System lists recognized risk factors for preterm deliveries to include genital tract infection, cigarette smoking, pre-eclampsia, incompetent cervix, prior preterm birth and abruptio placentae as well as psychological factors, such as stress, anxiety and depression (McLaughlin et al. 1999). Lack of local access to maternity care services can increase stress and anxiety for rural women.

Infants weighing less than 2,500 grams (5.5 pounds) at birth are considered low birth weight, and low birth weight is clearly related to prematurity (Nault 1997). Low birth weight babies are at a much greater risk of death, disease and disability. This can include cerebral palsy, learning disabilities, visual problems and respiratory problems that may remain with low birth weight children the rest of their lives. Factors that contribute to low birth weight are complex and can include broad determinants of health, such as maternal age, multiple births, socio-economic status, social support, as well as nutrition, work, personal habits, such as smoking, alcohol and drug use, and access to health services.

Rural residence has been linked to inadequate prenatal care (Nesbitt et al. 1990, Larson et al. 1992, 1997; Rock and Straub 1994) As Larson et al.'s study (1997: 186) of 11.06 million births (excluding twins and higher multiple births) in the United States between 1985 and 1987 found, non-metropolitan residents in a majority of U.S. states "were at significantly greater risk than urban residents of delaying prenatal care until the third trimester." Common hypotheses for different and less healthy prenatal behaviour and care among rural women include lack of access to maternity care services, distance to maternity care services, and slightly higher average parity compared to urban women (Hogg and Lemelin 1986; Hogg and Calonge 1988; Nesbitt 1996; Larson et al. 1997). Without access to prenatal care, rural women may be at increased risk as the importance of certain healthy behaviours during pregnancy may not be fully understood, and medical risks or problems may advance undetected. As Nesbitt (1996) postulated in a discussion of rural maternity care access issues, it is important for local rural maternity units to serve as portals for rural women into a regionalized system of care. The Joint Position Paper on Rural Obstetrics published by the Society of Rural Physicians of Canada, the College of Family Physicians of Canada, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada warned: "Lack of local maternity services leads to potential isolation and compromise for women who do not have the financial means to travel to other communities to seek routine antenatal and intrapartum care" (Iglesias et al. 1998: 77).

The Effects on Perinatal Outcomes of Not Providing Local Maternity Services

Small rural maternity care services are closing across Canada. The effects of these closures are not yet known, but it is assumed women will access care in referral hospitals with increased resources including operative delivery, access to specialists and a full array of diagnostic technology, and that they and their newborns will be better off and safer.

There is evidence that this will not be the case. Larimore and Davis (1995) showed that in rural Florida counties there was a negative correlation between availability of maternity care services and infant mortality ($R = -0.42$, $p = 0.012$). They went on to model mathematically the likely effect of losing one family physician providing maternity care and found that it would increase infant mortality at the county level by 2.3 percent, and the loss of one obstetrician would increase infant mortality by 9.6 percent. Nesbitt et al. (1990) looked at counties in rural Washington state from which more that two thirds of women left to birth in other communities and showed that this high outflow was associated with a greater proportion of complicated deliveries, higher rates of prematurity and higher costs of neonatal care than low outflow communities.

Other studies explored the potential effects of tertiary obstetric care environments on women and their infants who experience uncomplicated pregnancy, labour and delivery, and suggest that increased interventions will take place (Klein 1986; Chaska et al. 1988; Goodman et al. 2002). Rosenblatt and Wright (1987) went so far as to suggest that small rural maternity care facilities offer specific advantages that may contribute to *better* outcomes and experiences of childbirth, as well as more cost-efficient care services, than larger obstetric centres. Recently, Canadian researchers have theorized that local maternity care may indeed be regarded as a "lynchpin" for sustainable medical, social and economic conditions for rural women and their communities (Klein et al. 2002a). Together, this small but growing body of research has provided a foundational base for thinking of rural community-based maternity care services as perhaps an efficient and appropriate health service delivery model for rural parturient women.

Among the speculated negative consequences of losing local maternity care services are the potentially harmful stressors associated with pregnant women travelling for perinatal care, including labour and delivery. A small study that compared the pregnancy and birthing experiences of Aboriginal women from two Canadian central arctic communities discussed the prevalence of emotional, physical and economic stressors. "For those women who delivered away from home labour was a traumatic event intensified by feelings of isolation and worry about their families" (Chamberlain and Barclay 2000: 121). Other medical researchers hypothesized about increased stress levels associated with travel and waiting to birth in unfamiliar settings (Rourke 1998) and, as Nesbitt et al. (1990: 817) cautioned, such experiences "may interfere with the normal process of labor."

Noting that "tertiary care environments produce tertiary style care, and the technological imperative is hard to resist" (Klein 1986: 538), health service researchers have questioned the value and unintended consequences of such kinds of care for women who do not require technological interventions in childbirth. Undermining claims that all childbirth should occur in specialized obstetrical centres are studies comparing outcomes between such tertiary settings and small rural centres. In Viisainen et al.'s study (1994: 404) of all women who gave birth in Finland between 1987-88, the authors concluded that "'safety' cannot be used as a basis for centralising birth care in large level 3 facilities" since in a regionalized system, small local units have survival and morbidity rates equal to areas served by large university hospitals. Similarly, a study of the 1995 U.S. national birth cohort (3,892,208 newborns) posited:

> [I]nfants might be harmed by the availability of higher levels of resources. In regions with a great supply of beds and neonatologists, infants with less serious illness might be more likely to be admitted to a neonatal intensive care unit and might be subjected to more intensive diagnostic and therapeutic measures, with the attendant risks of errors and iatrogenic complications, as well as impaired family-infant bonding (Goodman et al. 2002: 1541-1543).

Smaller studies including those by Peddle et al. (1983), Black and Fyfe (1984), Rosenblatt et al. (1985), Chaska et al. (1988) and Nesbitt et al. (1990) also presented results that indicate mothers and normal birth weight babies in small rural hospitals have equal and often better perinatal mortality rates than normal birth weight babies in Level II and III hospitals. Indeed, these researchers agreed that "the quality of care may be better in some respects in small hospitals [because of their] comfortable, low-technology environments" (Rosenblatt et al. 1985: 431), the non-interventionist and continuous care style of family practitioners, the extra time nurses in small hospitals may have to provide labour support and the freedom of movement allowed at small hospitals which may support spontaneous uncomplicated vaginal delivery (Hogg and Lemelin 1986; Klein 1986; Nesbitt et al. 1990). However, such claims are contested by other medical research including a study that compared neonatal mortality rates for all births in all centres in Norway between 1967 and 1996 (1.7 million births), which found that large units are beneficial for all infants including those of normal birth weight (Moster et al. 2001). Researchers found that over the 30-year span, the risk of neonatal death for term infants was 1.4 times (95 percent CI 1.1 - 1.7) higher in the smallest hospitals (less than 100 births annually) compared to hospitals of over 3,000 births annually. Another recent study from Hessen (Heller 2002), a relatively densely populated province of Germany, has also raised concerns about the safety of smaller hospitals. Heller (2002) carried out a hospital-based study and found that from 1990 to 1999 neonatal deaths in small delivery units (less than 500 births) were 3.5 times more likely than in delivery units with more than 1,500 births annually. Heller suggested that these results argued strongly for the consolidation of birthing services into larger facilities. There are significant challenges to generalizing the results of either of these studies to rural Canada.

Often embedded in comparative studies of obstetrical technological interventions among service levels are comparisons of costs. One 1988 study in Minnesota showed about a 12 percent reduction in the average cost of maternity care between urban, hospital-based tertiary obstetric centres and small rural maternity units (Chaska et al. 1988). Nesbitt et al.'s (1990) study of birth outcomes for rural women in Washington State in 1986 found that infants from "high outflow" communities had hospital charges twice as high as infants from low and medium outflow communities. Several health service researchers have begun to point out the deficiencies of existing cost analyses that ignore the downloading of costs to patients and communities. "In the economic analysis not only the direct costs of care but also the expenses (monetary and other costs) to the family should be considered. The care should not only be safe and economical but also convenient for the family" (Viisainen et al. 1994: 404).

What Is Missing from Rural Maternity Care Research?

Rural maternity care researchers are only beginning to probe the various meanings of the closures of small community obstetrics. In addition to continuing assessments of the safety of various levels of rural maternity care service delivery models, a growing number of Canadian health researchers are calling for increased attention to the implications of rural maternity care service policy and practice for rural women and their infants and families, rural maternity care providers as well as rural communities (Hogg and Lemelin 1986; Grzybowski et al. 1991; Rourke 1998; Hutten-Czapski 1999; Benoit et al. 2002; Klein et al. 2002a,b; Sutherns and Bourgeault 2003). In a 2002 article from British Columbia, researchers noted, "there appear to be few reports indicating what rural women actually have to say about the maternity care services they receive" (Benoit et al. 2002: 376). This observation echoes those emanating from other researchers who have observed the lack of qualitative data regarding rural maternity care services. "So far the preferences of families have been poorly examined and seldom implemented into birth care policy" (Viisainen et al. 1994: 404; see also Lambrew and Ricketts 1993). An important caution stands. "We should be careful not to dismiss [pregnant women's] judgments too quickly" (Hogg and Lemelin 1986: 2137).

A recommended step forward in ensuring the relevance of rural maternity care research to health services policy and practice comes from Lambrew and Ricketts (1993: 832). "By considering obstetrical access as a community and public issue, policymakers and researcher might develop approaches that can effectively ensure that rural and other underserved women have access to adequate obstetrical care." Many researchers have concluded that community-level variables that influence the viability of local rural maternity care services, including the decision making of women and their families, specific barriers for maternity care services, the practices of local care providers, and the ways in which local birthing is valued or not (Hogg and Lemelin 1986; Bronstein and Morrisey 1991; Lambrew and Ricketts 1993; Hutten-Czapski 1999). A current study of the availability of birth information and options in rural Alberta and Ontario described "the need not only to address the social and structural barriers to maternity health care information and options, but also to do so in ways that are strategically tailored to the realities of living in rural Canada" (Sutherns and Bourgeault 2003: 3). Provocatively, recent Canadian publications reflect family medicine researchers' anxieties about a "cascade of unforeseen dangers" that may occur when local obstetric units close (Klein et al. 2002a). Certainly, the lack of understanding of how health services policies and the restructuring of maternity care services delivery models impact rural women's experiences and birth outcomes requires further investigation.

Summary

Since the 1970s, various health services researchers across Canada, the United States, Australia, New Zealand, Finland and other industrialized countries have contributed to the evidence base related to the safety and efficacy of regionized perinatal health care systems and small rural obstetric units. This body of literature provides a foundation for thinking of rural community-based maternity care services as an efficient and appropriate health service

delivery model for rural parturient women; however, other recent studies from Norway and Germany contest claims that small delivery units are as safe as larger hospitals. This review of the literature finds many other unanswered questions pertaining to the safety and efficacy of both the provision and lack of rural maternity care services. While it is apparent that challenges for sustaining small rural maternity care services abound, the consequences of losing such services are not understood. Further investigation is required to better understand the full range of consequences of changing policies and delivery models for rural maternity care.

4. CLOSER TO HOME AND FARTHER FROM CARE? RURAL MATERNITY CARE SERVICES IN BRITISH COLUMBIA

The British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs,[4] chaired by Justice Peter Seaton, argued in its final report, *Closer to Home*, that "[m]edically necessary services must be provided in, or as near to, the patient's place of residence as is consistent with quality and cost-effective health care" (B.C. Royal Commission on Health Care and Costs 1991: A-6). Yet while "closer to home" became the rhetorical clarion call for a series of dramatic changes in the organization of health care in British Columbia throughout the 1990s, it is questionable whether citizens of rural regions of the province found care closer to home in 2004 than they did a decade ago. Indeed, as this study suggests, for some forms of care, including maternity care services, many rural women now travel further for services than previously, leading many people to wonder, as journalist Lynn Haley (1999) has, whether regionalization meant "closer to home or farther from care?"

This chapter briefly outlines the patterns of reorganization in the management and organization of health services in British Columbia from 1990 through 2003 as they set the context for birthing women and their families. The regionalization of health services and the devolution of decision making to health authorities is described and linked to underlying policy directions of successive governments. A review of policy documents covering the past decade provides little evidence of specific planning for maternity care services in general, and for rural maternity care services in particular. This lack of direct policy attention to rural maternity care means much of the decision making with respect to rural maternity care has occurred in an ad hoc manner in response to a local or regional sense of crisis. Thus, while there has not necessarily been an active dismantling of rural maternity services, there has been a de facto policy direction toward decreased access to services in cases of normal low-risk birth.

Methods

Policy documents and reports from 1991 through 2003 were reviewed. These materials were selected according to their perceived influence on the structure of British Columbia's health care system and their potential implications for rural maternity care. Only policy documents that followed and built upon *Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs* were analyzed. We imposed this limitation, because the influence of *Closer to Home* continued through this series of policy documents and influenced the health care system's present structure. (See Appendix C for a list of key documents and an overview of their recommendations.)

Literature searches were also conducted using major indexes and databases including the Social Science Citation Index, Elsevier Science, Blackwell Synergy, OVID, PubMed and Academic Search Premier. Literature searches used combinations of the keywords rural, maternity, obstetrics, health reform and regionalization. Articles were selected that focussed on regionalization policies, or the management and delivery of health care services in a regionalized health system and/or addressed rural maternity care in some capacity related

to obstetrical services delivery in a rural setting, health care provider supply, experiences of rural birthing women and outcomes of rural births.

Following the Royal Commission initiated under the Social Credit Government in 1990 but which reported to a newly elected New Democratic Party (NDP) regime in 1991, major reforms to health care took place in British Columbia. It is evident that the NDP Government's initial regionalization policies were closely based on the Commission's report. The BC Liberal Government, elected in 2001, responded to the policies of the NDP and outlined in its various policy statements in the ensuing years. We recognize that many of the BC Liberal Government's initiatives are therefore still in progress.

It may be argued that it is premature to analyze the current government's health care reform policies as the final versions and outcomes of many of these policies remain to be determined. As a result, we are confined to analyzing the policies' objectives, observing the outcomes since their development, and making inferences with respect to their future results. Yet it is apparent that, even at this early stage, distinct trends and organizational structures have been significant for rural maternity care in British Columbia.

Health Reform in Canada

Despite regional and provincial variations, consistent trends have been observed in health care reform in Canada in the past decade and a half, notably the adoption of a business and managerial approach to decision making based on accountability frameworks and "evidence" in a context of tight fiscal management (Armstrong 2002). Other key contextual dimensions of contemporary health policy include a demographically changing health care work force, continuing intragovernmental struggles over jurisdiction in health and health care, rapid growth in the use of pharmaceuticals and advanced diagnostic technologies, continuing growth in demands for services, an aging population, recognition of the limits of health services to foster, maintain and improve health, and challenges to the *Canada Health Act* and its enforcement (Romanow 2002).

Regionalization

With the notable exception of Ontario, most jurisdictions in Canada have also undergone a process of regionalization in which previously centralized planning and administration of health care services have been devolved to varying types of authorities. The rationale for this devolution has mixed enhanced local accountability and responsiveness with cost containment and increased rationalization of services (McNamara-Paetz 1996).

Church and Barker (1998) defined regionalization as the creation of a new organizational structure that involves the introduction of an additional layer of governance that assumes responsibility for devolved functions. Typically, programs that were formerly directed by a single body are decentralized as they are taken over by new, regionally defined governing bodies.

Regionalization in the Canadian context has typically involved transferring a measure of authority from a ministry of health to a local governing authority. The area administered by this governing authority is usually determined by factors including geography, population

distribution and patient flows. Seemingly paradoxical, centralization forces may also come into play. As administration is devolved, some services may be reorganized in a way that concentrates them in particular areas of the region. Planning and administrative efforts are applied to areas larger than individual communities. Increased sharing of resources may happen across communities. These elements of regionalization have been fairly consistent in the Canadian context; Lomas et al. (1997) observed variations among the provinces with respect to the nature and extent of local health authority responsibility.

Regionalization in British Columbia

In British Columbia, regionalization has been an extended process, beginning in the early 1990s and continuing through the early years of the 21st century.[5] The process has been dynamic, with successive governments modifying the structures and organizational arrangements proposed and established by themselves as well as by their predecessors. Thus while there has been agreement about the overall direction — devolution to regional authorities — the details have varied with successive governments. While it is not possible to document here all the nuances of the regionalization processes that occurred in the past 15 years, it is nevertheless possible to see distinctions between the directions of the NDP Government and its successor, the B.C. Liberal Government elected in the spring of 2001.

British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs

Regionalization was, in part, initiated by the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs. In its report, the Commission argued that the health care system in the province was disorganized and suffered from a lack of short- and long-term planning. It was suggested that previous reforms had been ad hoc, failing to address more than immediate concerns. It was argued that policy makers were alienated from patients and citizens' experiences, and there were few mechanisms for accountability, rendering performance assessments difficult. The commissioners argued that many of these problems could be ameliorated by its central recommendation: the creation of a health care system that provided access to services wherever possible within recipients' communities or "closer to home."

The rationale for this recommendation was based on two assumptions: patients' health conditions would not be exacerbated by a need to travel when they are able to access appropriate services in a proximal location, and decentralized services could be attuned to communities' unique needs. Health care resources would be directed to regions according to where they would be most productive. The Commission envisaged creating "several regional authorities" (B.C. Royal Commission on Health Care and Costs 1991: B-37) responsible for overseeing health care matters unique to the area. The Commission aimed to simplify the system by amalgamating existing health boards. Only issues that affected the entire province would be addressed at the Ministry of Health level. Rather, the Ministry would provide guidance and support, and allocate resources among the regions. These initial directions for the regionalization process shaped subsequent developments.

Davidson (1999) described the evolution of health reform in British Columbia under the NDP regime, arguing that the original policy response to the Royal Commission was

distinctive in that it embraced democratic participation as critical to local decision making and framed the goal of health reform as being to improve the health of the people of British Columbia by facilitating their increased control over their health, echoing the World Health Organization definition of health promotion. Over time, Davidson argued, this policy direction and the means of achieving it, underwent significant redirection — directions extended and reinforced, we would argue — by the subsequent B.C. Liberal Government.

From Devolution to Delegation

During the early 1990s, the NDP Government embraced the concept of decentralization, and rapidly put many of the Seaton Commission's recommendations into action. However, the process of regionalization assumed two distinct forms throughout the NDP's two terms in office.

The NDP articulated its original vision of regionalization in *New Directions for a Healthy British Columbia* (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1993) with the creation of a system of 82 community health councils (CHCs) and 20 regional health boards (RHBs). The purpose of RHBs and CHCs was to ensure that health services were provided in a manner fitting to the area in terms of both demographics and geography. The Government planned to examine how to improve efficiency in locations of care, and make changes to budgets if appropriate. It also sought to examine hospital usage to uncover potential areas for waste reduction, and to explore alternative care options.

This vision was not enacted but rather replaced by a subsequent policy statement, *Better Teamwork, Better Care* (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1995). This model called for 34 CHCs, 11 RHBs and a new structure, community health services societies (7), for a total of 52 health authorities. Appointments to the RHBs and CHCs began in November 1996 but the health authorities took varying lengths of time to become operational.

In 2001, the newly elected BC Liberals reorganized the system once again arguing that the previous system had been excessively bureaucratic and lacked an accountability framework. Described in *A New Era for Patient-Centred Health Care* (BC Ministry of Health Planning 2001), the B.C. Liberals introduced a system of five geographically based health authorities, the Provincial Health Services Authority (PHSA) and the Nisga'a Health Authority.[6]

The two government regimes differed not only in terms of the number of health authorities they saw as key to achieving their goals, but with respect to the goals of regionalization. Whereas efficiency and effectiveness were important to both regimes, the NDP saw these as outcomes of the system while the B.C. Liberals identified efficiency and accountability as goals. Moreover, as Davidson (1999) argued, the mandate of the health authorities shifted from one of meeting local needs to foster heath and well-being to meeting provincially imposed standards in a decentralized structure. These fundamental differences in policy orientation and mechanisms of accountability are important generally and with respect to rural maternity care.

From Improving Health Outcomes to Improving Public Access to Health Care Services
The Seaton Commission argued that the ultimate focus of decentralization efforts should be improving the overall health of British Columbians. Although it failed to define "health," Davidson (1999: S35) argued that the intention of the policy direction was clear: "to devolve substantial power over health services to citizens at the community level, not only to counter the power of the health professional elites, but also to foster a community orientation to wellness." In time, this population health approach disappeared, to be replaced by what Davidson described as a concern with improving public access to conventional health care services. This orientation arose, in part, from public demand for access to services, as well as the challenges of operationalizing a population health approach in a health care system dominated by acute health care.

James (1999) has queried whether some governments use the rhetoric of population health as a means of shifting the location of care away from institutions to the community, thus making it easier to remove or relocate services as part of the regionalization process. In her study of health reform in Saskatchewan, James argued that embracing a population health approach to health policy may have provided an effective rationale for reducing health care funding to institutions and reducing expenditures overall. Lomas (2001: 356) concurred, stating that "many regional health boards have proved useful to provincial governments as both foot soldiers of downsizing and local agents of change."

From Political to Managerial Accountability
The vision of the Seaton Commission included enhanced public participation in health system decision making, a vision developed in response to a perception that previous decision making had been dominated by particular interests and/or groups (including health care providers and local political interests). Public participation was embraced as a mechanism to increase local responsiveness and understanding of the health care system.

Several studies have concluded that participation in local planning is a positive experience for health board members as it enables them to give back to their communities, to become involved in meaningful civic duties and to influence policies and standards (Frankish et al. 1999; Veenstra and Lomas 1999). Church and Barker (1998) argued that it remains questionable, whether communities spread out over considerable distances are able to communicate and share interests to the extent required by a regionalized health care system.

Community involvement in health care administration begs the question of which community members are directly involved and whom they represent. According to Veenstra and Lomas (1999), it is possible for interests to be compromised by class divisions and other markers that may separate an individual from others in the community. They argued that whether these divisions can be overcome depends on the community's characteristics. Frankish et al. (2002) explained that some board members believe that they represent others with similar physical and socio-economic characteristics as them. Other board members represent individuals who share their interests. These different approaches to representation can be a source of tension on health boards.

In British Columbia, the original vision of accountability suggested by the initial regionalization efforts was one of greater accountability to local and regional priorities through the mechanism of public elections to health boards. Accountability was framed as not only accountability to government but also to local citizens. During implementation, however, the NDP shifted from elected to appointed boards and councils.

Davidson (1999), reflecting on community participation in health boards in British Columbia, described numerous challenges to this original vision, including fears that particular political interests might dominate health boards due to low voter turnout, the tendency of the public to equate health with health care, resulting in greater pressure to expand access to health services, and public concerns over waiting lists. As Lewis et al. (2001: 342) pointed out, "formal democratization in itself does not guarantee interest." Without widespread participation, it is potentially easier for particular interest groups to assume power and push through distinctive agendas that are not representative of the general population's wishes for its health care system.

Davidson argued that the shift from elected to appointed boards and councils in British Columbia meant that authority was no longer devolved but rather was delegated by the provincial government through the appointment process. This, in turn, shifted accountability from a political frame to a managerial frame, an approach that was maintained when the B.C. Liberals reformed the health authorities. Appointees to the governing structures of the B.C. Liberal era were more likely than their predecessors to be drawn from business and professional ranks than previously, increasing the perception that fiscal and managerial accountability were their key mandates.

These changes — regionalization itself, in combination with the specifics of the regionalization process — have been dramatic in British Columbia. They have also had different implications for the urban and rural areas of the province.

Regionalization and Rural Communities

The Royal Commission (1991) specifically commented on issues of rural health care. *Closer to Home* identified an insufficient supply of health care providers, inappropriate emergency services and the costs incurred by patients forced to travel for treatment as major challenges in accessing care for rural residents. The report also argued that transferring patients from their home communities to other centres for treatment was difficult and sub-optimal. While the Commission felt it was inevitable that a portion of British Columbia's rural and remote patients would continue to need to travel for treatment, *Closer to Home* argued that a decentralized health care system would better respond to many health needs within rural and remote communities.

There is little consensus on whether these reforms ameliorated or detracted from accessibility to rural health services generally and rural maternity care in particular. While successive governments have maintained that their regionalization policies are well suited to addressing the challenges of providing health care to rural communities in a fiscally responsible and pragmatically feasible manner, some analysts suggest otherwise.

For example, Church and Barker (1998) noted the challenge of reconciling regionalization and its intended outcomes with geography. They suggested that Canada's geography makes it difficult to achieve the economies of scale that make regionalization a functional model for more densely populated jurisdictions. Economies of scale are more realistically achievable when a population is numerous and geographically condensed, such as in some European countries. Canada's dispersed, extensively rural population poses challenges to this particular dimension of regionalization. The authors noted that "all in all, regional populations in Canada might be too small to achieve any real economies of scale or to more generally effect a coordination of health services" (Church and Barker 1998: 474). Geography also poses problems in relation to physician supply (and the availability of formal and informal health care providers generally), workload and skills.

Rural Physicians

Delivering health care services closer to patients' residences is significantly challenged by an absence of an appropriate number of physicians and other health care providers. *Closer to Home* was careful to point out that a shortage of rural and remote physicians did not translate into a province-wide shortage of physicians. In essence, the Commission argued that the health care provider issue was not one of numbers but of distribution. As a result it fell to health policy reforms to devise a workable model for regionalization and ensure a proper number of health care providers are available to carry it out.

In the early stages of its regionalization process, the NDP Government took notice of the physician distribution issue, and concluded that the preferred approach to addressing the problem should be largely independent of the regionalization process. This Government appeared to take the position that the complexity of regulating the locations of health care providers required carefully developed policies that addressed the problem, yet allowed for a considerable degree of autonomy. As a result, the NDP Government's attempt to reconcile its regionalization policy with physician numbers centred on recruitment and retention.

The NDP approach to recruitment and retention focussed on compensation, recognizing that the Ministry of Health's fee-for-service (FFS) billing system discouraged some physicians from practising in rural and remote communities, because the patient base is smaller in these areas. Thus the number of billings made by a rural physician, in an unadjusted FFS system, would typically be less than an urban colleague. Without adjustment of compensation rates, some communities would be too small to make family practice financially feasible for a physician. The NDP Government committed to continuing the Northern Isolation Allowance policy that had been in place for over a decade. This program gave additional funding to physicians based on a point value determined by their community's degree of remoteness. Hence, physicians practising in the most remote regions would receive the greatest amount of extra remuneration. Travel-related expenses later supplemented remuneration as part of the 1998 Physician Outreach Program.

The controversial Physician Supply Measures, adopted in 1996, were designed to improve the geographic distribution of British Columbia's physicians by allowing new graduates of medical schools to more quickly receive greater percentages of their billings if they practised in rural and remote locales, generally areas with fewer physicians. This policy was

successfully challenged in court under the *Canada Health Act* for permitting unreasonable compensation for medical services, and under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* for infringing on physicians' mobility rights.

The B.C. Liberal Government also sought to address physician recruitment and retention, but decided to incorporate policy measures into its overall vision for regionalization. The NDP Government, in contrast, had largely treated decentralization of health services and physician recruitment and retention as distinctive issues. The B.C. Liberal Government adopted a more interrelated approach to health care reform in both of these areas as it saw physician recruitment and retention to be an integral part of its own vision for decentralization. The B.C. Liberal Government held the view that with new funding arrangements, such as the opportunity to offer salaries, health authorities would have greater capacity to design packages aimed at attracting physicians to rural and remote areas.

The B.C. Liberal Government also saw compensation as a primary factor in recruiting and retaining rural physicians. Like the NDP Government, it took into account several of the holistic factors identified by the 1998 *Dobbin Report*. The B.C. Liberal Government did, however, make its own modifications to the compensation scheme. *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia* (B.C. Joint Standing Committee 2002) documented measures both planned and already in place to address the issue of physician distribution in rural areas of British Columbia. Collectively, these programs comprise key aspects of what the B.C. Liberal Government labelled its Rural Health Initiative. Programs within this initiative are oriented around two main themes: physician supply and rural medical education. Both themes place heavy emphasis on physician compensation measures. To further facilitate its model of regionalization in light of physician supply challenges, the B.C. Liberal Government implemented its Rural Retention Policy Framework for Health Authorities in 2002. The essence of this policy is a financial incentive program to attract physicians to rural and remote communities, and encourage them to stay for a lengthy period of time (B.C. Joint Standing Committee 2002).

Workload of Rural Physicians

The *Dobbin Report* (Dobbin 1998), commissioned by the NDP Government, argued that providing 24-hour coverage was a key problem for rural physicians' workloads. While accessing services closer to home may be beneficial to patients, smaller hospitals with few doctors to call upon face challenges in offering around-the-clock services. As noted in Chapter 3, more on-call shifts can impose enormous burdens on rural and remote physicians and have been documented as influencing physicians' choices about whether to offer obstetric services. The *Dobbin Report* posited that collaboration among colleagues positively impacts physicians' experiences as they have access to more support, a collegial atmosphere and fewer on-call duties.

The Report noted that rural obstetrics was an area in which greater collaboration should be implemented to reduce burdensome workloads. The Report argued that a patient's general practitioner should not be obliged to deliver a child if not on call and the on-call physician practices obstetrics. Hence the *Dobbin Report*, while advocating better compensation for

rural physicians, appears to establish the foundation for an argument in favour of regional hospitals concentrating acute care services.

The NDP Government demonstrated some effort to address the concerns raised around rural physicians' workload by developing the *Northern and Rural Locum Program* in 1998, thus taking steps to make it easier for rural and remote physicians to receive time away. This Government did not implement the integration recommended by the *Dobbin Report*, although a version of this recommendation would come later under the B.C. Liberal Government, which adopted the notion of critical mass theory to understand the issue of physician workload. *Standards of Accessibility* engaged critical mass theory to show that a community needs more than one physician to provide the services that need to be available at all times (B.C. Ministry of Health Services and Health Planning 2002). As a result, recruitment and retention must be strong enough to build a group of physicians capable of sharing responsibilities. This prevents exhaustion of physicians, and enables required services to be constantly available. *Standards of Accessibility* stated that the number of providers in the group would vary according to location. Small communities experience difficulty in achieving critical mass.

In *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities*, the B.C. Liberal Ministry of Health Planning (2002a) articulated support for taking an alternative approach to the delivery of primary health care services in rural areas. Engaging critical mass theory, physicians were encouraged to practise in groups. These groups should be multidisciplinary so patients could access a variety of primary care and specialty services in the same location. Groups of providers could be organized to suit the health needs of individual communities. This policy was intended to improve patients' ability to access comprehensive health care services easily on a 24-hour basis. Thus, issues surrounding the workload of rural physicians appear to resonate with the version of regionalization implemented by the B.C. Liberal Government. Concentrating physician services in regional hospitals accessed simultaneously by a number of rural communities alleviates strain on physicians practising in relative isolation in smaller hospitals. Yet organizing access to physicians in this manner places the tenets of closer to home in jeopardy. An alternative approach is for rural general practitioners to adopt an expanded skill set (including anaesthesiology and surgery) to better meet the needs of their constituents.

Other Health Care Providers: Nurses, Midwives, Doulas

Although one rationale for the regulation and public funding of midwifery in British Columbia was increased access, to date rural parturient women have not, for the most part, benefited from regulated midwifery. No midwives were practising in the research sites for this study, which is a consistent representation of the situation across most rural communities in British Columbia. Aside from the basic issues around supply, this is a structural issue: legislative deterrents including current fee-for-service models of remuneration that make practice in low-volume environments challenging, active practice requirements for both home and hospital birth and the need for access to specialists for discussion, consultation and transfer. Challenges facing rural nurses revolve around their currency of obstetrical skills in light of low volume, staffing arrangements in many community hospitals that do not allow for maternity designations but require all nurses to work as general ward nurses, and difficulty

in securing continuing medical education when it occurs outside the community due to the difficulty of securing replacements when they leave the community for any length of time. Doulas, trained in supporting a woman through labour and birth, are emerging as a complementary profession in many rural communities, with potential to augment formal care provider teams. It has been suggested that the only way to meet the challenges of providing care for birthing women in the coming years will be through interdisciplinary care teams of professionals working together in a collaborative manner (Kornelsen 2003).

Travel Time

The time it takes for patients to receive treatment was a significant consideration of regionalization policy and the closer to home concept in general. Yet the capacity of regionalization to decrease travel times is highly related to the presence of physicians in rural and remote areas of British Columbia. The NDP Government demonstrated recognition of this interface, and attempted measures to distribute physicians in the province so emergency and non-emergency health services would be accessible within a reasonable distance and at all times. Yet awareness was growing that issues around physician distribution and health care reforms centred on regionalization needed to complement each other if rural and remote communities were to be properly serviced within reasonable time frames.

Ensuring appropriate travel times for rural and remote patients proved to be challenging, as crucial factors varied across regions. The NDP Government's health reform policy was committed to the Seaton Commission's recommendation that primary care services should be easily accessible closer to home. Yet this government stated in *Strategic Directions*, that standards of timeliness would not be universal due to an inadequate supply of providers for rural and remote areas (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1999). The government's approach became improving accessibility by determining what health services are in the middle ground, or available to each person within a determined travel time. *Strategic Directions* did not specify precisely what services would be included in this category. To ensure the availability of the middle ground services, the Ministry intended to monitor the number of practitioners, and ensure that practitioners were distributed geographically on an equitable basis using the recruitment and retention programs discussed above.

The B.C. Liberal Government took a different approach by maintaining that when demographics are taken into account, the utilization of the health care system can be roughly determined and resources for acute care allocated accordingly. *Standards of Accessibility* outlined the appropriate time frames for treatment within regions (B.C. Ministry of Health Services and Health Planning 2002). Different standards apply to the three main categories of acute care services: emergency, acute inpatient and specialty services. According to guidelines, 98 percent of individuals within a health authority should be able to access emergency services within one hour of travel time (based on *aerial* distance), 98 percent of the region's population should be able to access acute inpatient services (including low risk obstetrics) within two hours of travel time and specialty services, including obstetrics and gynaecology, should be available within four hours of travel time for 98 percent of the region's population. Developing access guidelines based on air travel time, however, needs to be revisited. The B.C. Liberal Government's strategies to achieve these targets are consistent with their version of

decentralization which includes rationalizing and reorganizing hospital treatment, implementing a needs-based formula to guide funding allocations, and charging the PHSA with reducing the disparities encountered by British Columbians when accessing health services.

Maintaining Practitioners' Skills in the Face of Low Volume

There is a perception that the smaller patient base in rural communities may lead to a lack of skills among practitioners with respect to handling certain kinds of health problems. Though, as noted in Chapter 3, Klein et al. (2002d) found no evidence to support this perception with regards to maternity care. Both NDP and B.C. Liberal policies, however, perpetuated this perception of challenges physicians practising in rural and remote communities may face in maintaining their skill sets if opportunities to use them do not regularly arise. Rural and remote communities struggle from the outset to attract and retain an appropriate number of physicians; this is compounded by policies which reinforce this, to date, unsubstantiated perception which may influence physicians to refrain from particular procedures, because they feel they do not use them frequently enough to remain competent.

In *Strategic Directions for British Columbia's Health Care System*, the NDP Ministry of Health continued to support the recommendation of the *Closer to Home* report that primary care services should be easily accessible in a proximal distance to an individual's residence (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1999). Yet the Ministry of Health asserted that achieving *Closer to Home*'s central recommendation would remain difficult, because specialized services require equipment and physicians that regularly perform these procedures.

The perceived issue of professional competence — maintaining a skill set through repetition — influenced the B.C. Liberal Government's health reform efforts, as highlighted in *Standards of Accessibility*. This policy linked professional competence to the patients first model of providing acute care services. Professional competence mandates that providers need to be trained to deal with acute care situations, and they should regularly encounter these situations in order to maintain their skills. The necessity of regular practice increases with the complexity of the service. Hence, providers of specialty services should be frequently exposed to cases. Low incidences within these populations, due to their numbers, make specialty services difficult to provide in a proximal location. *Standards of Accessibility* reflected a belief that availability of providers is not the sole issue facing health care in rural and remote regions and that acquiring and retaining providers that exhibit a satisfactory level of professional competence can create a particular problem for rural and remote populations. This was their argument in favour of channelling patients to regional hospitals where physicians are exposed to volumes they believe are sufficient to maintain professional competence and can be derived from *Standards of Accessibility*.

Access to Rural Maternity Care

Supplying labour and delivery services in rural areas has been consistently problematic, as previously noted, in part because it is difficult for rural communities to attract and retain physicians willing to offer obstetrical services. Yet the current state of rural labour and delivery services cannot be solely attributed to patterns of physician distribution. Labour

and delivery services in rural areas have been sensitive to changes in the organization and delivery of health care. As the NDP and B.C. Liberal governments approached health care reform in contrasting ways, the provision of labour and delivery services to rural women was different under each government.

At the onset of the restructuring process, *Closer to Home* identified that between 25 and 42 percent of rural and remote obstetrical cases were sent to urban centres (British Columbia Royal Commission 1991). The Commission argued that this trend should be reversed: more rural and remote women should give birth in their own communities. The report also argued that hospitalization, emotional and financial stress, family instability and marital instability during pregnancy increase the risk of low birth weight. Policy makers were encouraged by the Commission to be cognizant of these factors, and to take a comprehensive approach to reproductive health in their policy measures. Yet over a decade later, and after multiple restructuring endeavours, increasing numbers of birthing women are required to leave their communities to give birth, increasing the number of so-called "outflow" communities in British Columbia. Ironically, rural maternity care services were one of the few that were deemed likely to benefit from the introduction of regionalization by the Seaton Commission report.

Under the NDP Government, *New Directions* created multiple jurisdictions focussed on providing services in individual communities (BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1993). These policies aimed to create a wide range of services at the local level, ranging from primary care to acute and long-term care. This regionalization model encouraged proximate communities to work together to provide a comprehensive range of services. The B.C. Liberal Government assumed a more macroscopic approach to regionalization, combining the small community-based units created under the NDP Government into large regions, several of which encompass large portions of landmass.

There is a connection between the regionalization models adopted by governments and the ongoing growth of outflow communities. The closer to home philosophy of the Seaton Commission was with policies that maternity care services for low-risk women be available in the community. Under the *New Directions* (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1993) and *Better Teamwork, Better Care* (B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1995) approaches, expectant mothers would not need to travel beyond a nearby community to deliver their babies and receive care throughout the birthing process. Even in rural and remote areas, *New Directions* maintained that a considerable range of services should be available within a CHC or RHB. Only identifiable high-risk cases would require transportation out of the region to a major care centre. Yet these policies did not successfully curtail the outflow of expectant mothers from rural and remote communities.

Alterations to the locations of maternity care services occurred alongside changes to regionalization under the B.C. Liberal Government. The model of regionalization introduced by *A New Era Update* (B.C. Ministry of Health Services 2002, 2003) and *The Picture of Health* (B.C. Ministry of Health Planning 2002b), key health policy documents of the B.C. Liberals, altered the plan for maternity care services developed by the NDP Government.

As discussed above, the B.C. Liberal Government's approach to regionalization combined 52 CHCs and RHBs into five regional health authorities, plus one provincial health authority (retaining the Nisga'a Health Authority as a separate, seventh entity in the province). Whereas many rural communities had previously offered a range of health care services, including acute care in small local hospitals, the new policies mandated that many acute care services should be centralized in large, regional hospitals. Specialists and surgeons began to provide all their services out of the regional hospital. Health care in many rural and remote communities became increasingly limited to primary care and some diagnostic services.

The re-regionalization processes of the early 21st century reform may not have dramatically affected patients accessing maternity care services in urban areas but in rural and remote areas, most maternity care services became concentrated in regional hospitals. Transportation by ambulance continued to be available for women in labour yet travel times could be lengthy, and the terrain difficult to travel. Provisions for a supporting individual to accompany a woman in labour were not apparent in the policies. Together, these factors contributed to the increase in outflow communities.

Structural changes that result in decreased labour and delivery services in rural hospitals create challenges for local birthing in addition to travel. Concentrating obstetricians in regional hospitals may render general practitioners hesitant to attend even low-risk deliveries in an isolated setting without readily accessible backup support. Planning to deliver within the community may become difficult, even impossible, as a result. Midwives remain valuable, but midwifery services in rural communities are also vulnerable to shifting labour and delivery services to regional centres.

Standards of Accessibility conveyed the B.C. Liberal Government's recognition that maternity care services in rural areas of the province could likely be impacted by regionalization-based health care reforms (BC Ministry of Health Services and Health Planning 2002). The policy suggested expanding the function of general practitioners to make more services, including obstetric surgery, available. General practitioners could receive more training than normally required so they are in a position to respond to surgical cases, such as Caesarean sections. This would render a community more self-sufficient and less reliant on sending patients to larger centres for treatment. The need for specialists could be minimized. Yet *Standards of Accessibility* relies on a community's capacity to attract an adequate number of physicians. As discussed above, recruiting and retaining physicians for rural communities is challenging. Furthermore, there is no guarantee these physicians will be willing to offer labour and delivery services. Even if the Ministry of Health and the regional health authority are willing to support labour and delivery services in rural communities, a willing and capable physician remains a necessity.

Summary

In a 2002 report on health care accessibility standards, the B.C. Ministry of Health Services and Health Planning noted an absence of guidelines for the planning and management of rural obstetrics services. Moreover, there is only limited knowledge of the consequences of the cessation of local obstetrics services on birth outcomes, health teams and neighbouring

health centres, and communities (Thommasen et al. 2000). Currently, despite the gaps in knowledge, decisions are being made to close local maternity services in response to fiscal constraints and care providers' preferences and fears. The B.C. Reproductive Care Program reports that 13 B.C. hospitals serving mainly rural populations ceased maternity care services between January 1, 2000 and May 1, 2002. This situation stands in stark contrast to the national policy statement on rural maternity care: "Whenever feasible (a woman) should give birth in her own community" (Thommasen et al. 2001). Maternity care providers and policy makers agree that health human resource issues are at the heart of determining the feasibility of sustainable local rural maternity care services (Klein et al. 2001).

Changing organizational structures, planning priorities and processes, fiscal constraint and the changing roles and responsibilities of service providers and decision makers arising from regionalization have produced a complex environment for women, their families and those who care for them during the perinatal process. The vision of closer to home has not become a reality; for rural maternity care, access is uneven and unstable, dependent on the vagaries of individual providers and local authorities. Indeed, people in search of care may now find themselves farther from care, as a result of the centralization and clustering processes undertaken to rationalize services in many communities.

The B.C. Liberal Government articulated its commitment to providing quality and timely health care services, but argued that this must occur within a framework of reasonable limits according to what is realistic and affordable. In *A Picture of Health* (B.C. Ministry of Health Planning 2002b: 8), they introduced the notion that centralization would facilitate efficiency and resource sharing, arguing that "clustering acute care services in regional hubs leads to improved retention of health care staff, better access to quality services for patients and better patient outcomes." However, while the report acknowledged that clustering services might have implications for health care providers (some might have to relocate), it did not discuss the implications for patients, including birthing women and their families.

As noted, political accountability has been reduced over time in the mandates of health authorities and the mechanisms of accountability, decreasing the participation of local citizens in decisions affecting them. However, reasonable in the face of the threats of capture by limited interests, the reduction in public participation limits the opportunities for citizens to voice concerns over the direction and nature of changes in their communities.

It is in this context of ongoing change, a focus on performance and managerial accountability and declining availability of key health care providers, that women and service providers were asked to reflect on their experiences of rural maternity care and its impact on their lives and work.

5. METHODOLOGY AND METHODS

Medicine has long been recognized as both an art and a science. Successful practice relies on the integration of perspectives and content from diverse disciplines as well as strong communication and interpersonal skills. In medical practice, the interplay between knowledge from the natural sciences, social sciences and humanities is complex. The research and research methodology supporting evidence that informs or enlightens medical practice, therefore, needs to be as diverse as the requisite knowledge. This may be particularly true when investigating the implications of the erosion of rural maternity care services in British Columbia as the process is a product of multiple, complex, interrelated influences that have occurred over time leading to physiological, psychological, social and spiritual consequences for birthing women, their families and communities. The effects on care providers must also be recognized. Consequently, an effective research strategy demands building on the current epidemiological evidence (see Chapter 3) by including research into social dimensions of care. This may be accomplished efficaciously through a qualitative approach.

In his recent book, Flyvbjerg (2001) identified three kinds of knowledge: *techne* (technical knowledge or know-how), *episteme* (analytical, scientific knowledge) and *phronesis* (judgments and decisions considering context and values). While decisions made during the course of a pregnancy, labour and delivery rely heavily on technical and scientific knowledge, they also involve judgments of value and are highly dependent on the situation or context in which the pregnancy and birth occur. This research focusses on better understanding the obstetrical experiences of rural women and the relationship of these experiences to decisions made and actions taken by administrators and care providers. For this reason, we have chosen qualitative research methodologies that are appropriate to explore these kinds of questions (Pope and Mays 1996; Flyvbjerg 2001). Specifically, we choose to use a qualitative, community-based methodological framework utilizing focus groups and semi-structured interviews. In this chapter we outline the justification for using focus groups and semi-structured interviews, describe the sampling and research methods we employed, including a discussion of the criteria used to select and recruit the communities and the participants (women, care providers, local leaders and administrators) and end with descriptions of the data collection settings.

Community-Based Research, Focus Groups and Semi-Structured Interviews

We chose to use a qualitative, community-based methodological framework to investigate the impact health care reform including reduced public expenditures and reduced hospitalization and institutional care has had on parturient women living in rural communities in British Columbia vis-à-vis their experience of birth. Community-based research is "scientific inquiry involving human subjects that takes place in the community — that is, outside of the laboratory, hospital, or clinic setting" (Blumenthal and Yancey 2004: 3). It is based on the recognition that the development of authentic relationships with communities "enhances relevance and validity of health research by ensuring that the social, cultural and economic conditions of the community are included" (Macaulay et al. 1998). Community-based research also includes principles that govern relationships between

researchers and communities, and prepares researchers to create the community partnerships needed to conduct responsible research (Blumenthal and Yancey 2004).

Qualitative community-based inquiries seek to develop a complex and holistic understanding from the perspective of the study participants. Rather than assuming objectivity, qualitative researchers are more likely to admit they bring personal values and scientific interests into the research. They are aware of their values and acknowledge that reality is subjective. By collecting data in the natural setting, the distance between the researcher and the study participant is reduced. The use of open-ended questions is an indication of the role of the study participant as the expert. The nature of the interaction is collaborative and comparable to a dialogue. Power and control are shared (Sterk and Elifson 2004: 134).

Two primary modes of qualitative data collection are focus groups and unstructured interviews (Fontana and Frey 2000; Kitzinger 1996), both of which are

> centred around a series of open-ended questions or a list of topics to be discussed. The order in which topics are addressed is irrelevant and not all topics may be raised with each respondent. Unstructured interviewing requires the interviewer to have a plan about the general topics to be discussed, but the conversation — the data-gathering process — determines how and when the information is obtained (Sterk and Elifson 2004: 137).

Unstructured interviewing allows for the collection of a breadth of data that neither quantitative methods nor more structured forms of qualitative interviews permit (Britten 1996; Fontana and Frey 2000). In addition, unstructured interviews provide a forum for participants who may not feel comfortable in (for a variety of reasons) or who are unable to participate in focus groups to contribute their experiences to the research process.

Through the group process that occurs in focus groups, participants are able to "explore and clarify their views in ways that would be less easily accessible in a one to one interview" (Kitzinger 1996: 37; see also Krueger 1994). These methods are often used to examine participants' experiences of health services, such as maternity care, and are very useful when the purpose of the research is to improve service delivery (Kitzinger 1996). They were, therefore, particularly appropriate given the goals of our research.

Current theories on qualitative methodology encourage the use of multiple methods to help capture the complexity of humans' interaction with each other and the systems around them (Fontana and Frey 2000; Flyvbjerg 2001). Traditionally, in qualitative research studies, researchers strived for triangulation (different methods being used to find similar results) (Richardson 2000). In 1978, Denzin outlined four basic kinds of triangulation of which one was methodological triangulation or using multiple methods to study a single problem in order to increase the reliability of the findings. Recent theoretical developments, however, encourage researchers to use the concept of crystallization instead of triangulation (Janesick 2000). Crystallization acknowledges that the issues qualitative researchers investigate are complex and constantly changing.

> Crystals grow, change, alter, but are not amorphous. Crystals are prisms that reflect externalities *and* refract within themselves, creating different colors, patterns and arrays, casting off in different directions. What we see depends upon our angle of repose (Richardson 2000: 934).

Multiple methods examining the same issue, therefore, give us a more complete picture of the experiences of rural women with maternity care.

Current Research: Approach and Methods

Criteria for Selection of Study Sites

Our research was undertaken in North Island,[7] Alert Bay, Sparwood and Haida Gwaii, to explore rural women's experiences of maternity care in British Columbia. These four towns were chosen based on the following characteristics:

- designation of "high outflow" (more than two thirds of women from the community give birth in a location outside their community) based on B.C. linked data, which includes hospital discharge data;
- size of the community including geographic boundaries, catchment area for health care services and population;
- distance to hospital with Caesarean section capability and distance to secondary hospital;
- usual conditions of road and air access in winter months; and
- diversity of cultural and ethnic sub-populations within communities.

During our time in each of the four study sites, we compiled resources that helped us generate community profiles. As we were implementing a community-based method in our field-work approach, learning as much as we could about the history, geography, dominant employment base, health care facilities, and current issues and challenges sparking local debate and interest helped us contextualize the experiences of women in the communities. (See Appendix B for community profiles.) Resources we accessed in each study site included museums, local libraries, tourist information centres, local health centres and local Aboriginal and First Nations band council offices. In addition, we conducted informal interviews with long-time residents. Before entering each community, we also generated statistical profiles using Statistics Canada data, B.C. Stats data, and B.C. Reproductive Care Program data to increase our general understanding of the area. (See Appendix D for a summary of these profiles.)

Criteria for Selecting Study Participants

Our original recruitment strategy was to collect primary data directly, through interviews and focus groups, from the following populations:

- women who had given birth, without significant complications, in the past 18 to 24 months and whose primary residence during this time was in one of the rural communities selected for this study;

- health care providers living in or providing maternity care to rural populations in our chosen towns;
- local leaders living in and involved with decision making around the provision of local and regional maternity care services; and
- administrators of local hospitals and health care centres who were involved with managing the ways in which maternity care services were provided locally, and decision making around issues of local and regional maternity care provision.

The purpose for excluding women who had experienced significant complications during their pregnancy was to acknowledge that such complications would warrant evacuation from any rural community. As these women would require specialist/obstetrician attention, which could only be found in a larger referral centre, our original thought was to exclude such stories from our research. Once field work/data collection began, however, we quickly realized that excluding women who had experienced significant complications during their pregnancy leading up to birth was unrealistic for three reasons.

- In conducting our first set of interviews we realized that women who had experienced complications in their pregnancies were endemic to our study sites. Part of the story of women's experiences of being pregnant in a rural or small town seemed grounded in the diverse stories of risk that were shared in the context of each interview. Excluding such experiences would potentially eradicate the true experiences of pregnancy and birth as told by rural women.

- Interviewing women about birth stories placed our research team in the position where we became safe venues for women to unload and debrief about their experiences. Given the small pool of professionals who live and work in rural areas, and the difficulties with anonymity and confidentiality often experienced by women when accessing professionals, many women expressed appreciation to our research team for giving them the opportunity to share their birth experiences. Particularly, women who had experienced complications in their pregnancy and delivery appreciated this element of our research. Although this was an unanticipated outcome of our recruitment strategy, we quickly realized that providing all women who had recently given birth with an opportunity to share their story, regardless of whether their experience had been free from or laden with complications, would be both advantageous to our research and therapeutic for the interview participants.

- Most of our initial recruitment of women participants was done through a third party. (See following section for more detail.) As such, women with experiences of higher risk pregnancies and deliveries were often recruited to our study to demonstrate examples of the difficulties women face when travel away from their home community to deliver is required or necessary.

Recruitment of Birthing Women

We used two approaches to recruit women[8] to participate in this study: third party recruitment through local maternity care providers and a snowball technique.[9] The choice we made about which approach to employ in each community was influenced by local circumstances.

Recruitment through Local Care Providers

Formal letters describing our objectives were sent to local physicians along with a poster advertising the dates we would be in town to interview. The poster listed a contact number potential participants could call. The poster noted that a $35 honorarium would be paid to help cover travel and personal expenses (see Appendix E). Physicians were asked to place the poster in a location in their waiting room or office that would attract the attention of women who met our inclusion criteria. We sent the letter and poster to physicians three weeks before we arrived in town to allow both physicians and women interested in participating sufficient time to commit. These letters were either preceded by or followed up with a phone call to answer any questions the care providers had about our research.

We also contacted other local care providers who interacted with women meeting our inclusion criteria. Examples of local care providers we approached for assistance with recruitment included public health nurses, doulas, La Leche League representatives, Head Start program leaders, prenatal educators, community health workers, and mother and infant group leaders. We sent individuals the same letter and poster given to physicians, but followed the letter up with a phone call to help solidify the recruitment process. These care providers were instrumental in assisting us in recruiting women. Their knowledge of local women who had recently given birth, in addition to the individual pregnancy, labour and delivery, and post-partum stories of each woman helped the recruitment process immensely. The time they had available to assist in recruiting also exceeded what physicians could offer. These care providers often surpassed our expectations by setting up interview times and locations with women interested in participating, offering space in their offices for interviewing and providing a social context of the local maternity care situation.

The Snowball Effect

As all four study sites were small, initial participants recruited through care providers or posters were often very connected with other local women who had, like themselves, delivered a baby recently. It was through the connections these women had with each other that we gained access to a broad range of study participants.

Achieving target numbers of participants was easily accomplished in each community.

Recruitment of Care Providers, Administrators and Local Leaders

When recruiting women to participate in our study, we contacted care providers, local leaders, and administrators by letter and by phone to see if they would help us in our recruitment efforts. During our phone calls with them, we asked them if they would be willing to participate in our research. (See Appendix F for a list of the roles of the care providers, local leaders and administrators we recruited.) Because the populations of the research towns are small, we were able to contact every care provider, administrator and local leader involved with maternity in all four locations.

Data Gathering: Approach and Rationale

At minimum, two researchers travelled to the four study sites to conduct the group and one-on-one interviews. The complete research team (four researchers) travelled to one of the study sites. Using two researchers when conducting group interviews contributed to both the rigour

with which the group interviews were conducted, and eased the facilitator's role in controlling group dynamics. Responsibilities of the group interview facilitator included keeping one person or a small coalition of persons from dominating the group, encouraging recalcitrant respondents to participate and obtaining responses from the entire group to ensure the fullest coverage of the topic. In addition, the facilitator had to "balance the directive, interviewer role with the role of moderator, which call[ed] for the management of the dynamics of the group being interviewed; the group interviewer [had to] simultaneously worry about the script [or probes] of questions and be sensitive to the evolving patterns of group interaction" (Fontana and Frey 2000: 652). The presence of a recorder enabled the facilitator to concentrate on her tasks, while the recorder took notes on the body language and facial expressions of the group, was responsible for managing the audio-taping equipment and recording notes on the content of the group discussion that were helpful when the audio quality of the recording was poor.

In instances where both principal investigators attended interviews, a dyadic approach was taken where each asked questions and followed up with probes. This approach was highly effective and led to a richness of data due to the complementary approach to the subject area the principal investigators' respective disciplines of clinical medicine and sociology afforded; the congruous communicative approaches undertaken by both researchers, and the collaborative, heterarchical ethos, based on respect and commitment to the research, that informed the approach to this study.

As all four study sites were in isolated remote locations, it was necessary for our research team to do a significant amount of travel on isolated roads to access our field sites. Having two people travel together not only provided company for the trip, but also served as a backup should something have gone wrong. In addition, conducting field work in rural and remote towns requires that researchers spend time away from home in the pursuit of data collection, which although extremely rewarding, is usually an intense exercise. By using the efforts of two individuals for the process, the workload was distributed and the chances of burnout were reduced.

Researching Women's Experiences of Maternity Care

We used group and one-on-one unstructured interviews to elicit the narratives of women's experiences of maternity care. The interviews were undertaken in the post-partum period after the course of care had been completed to allow for a reflective distance between participants and their experiences. Each participant signed a research consent form or gave oral consent after a verbal explanation of the research study if she had trouble reading the consent form (oral consent was recorded on audio cassette). All participants were given a $35 honorarium to help cover travel and personal expenses.[10]

The group interviews lasted approximately two hours and ranged in size between nine and fourteen participants; the one-on-one interviews ranged in duration from thirty to ninety minutes depending on the level of detail participants offered in telling their birth story. All group and one-on-one interviews with women were audio taped for transcription (See Table 1: Number of Group and One-on-One Interviews Conducted). The number of interviews conducted with women in the four study sites was ample to reach saturation. While at first glance the number of women participants involved in our research seems low, our interview

list was exhaustive of women who met the criteria of delivering a baby within the previous 18-24 months.

Table 1: Number of Group and One-on-One Interviews Conducted by Study Site

Participant / Study Site	Sparwood	Haida Gwaii	Alert Bay	North Island	Total
Women	Group: 8 One-on-One: 5	Group: 3 One-on-One: 9	Group: 14 One-on-One: 0	Group: 0 One-on-One: 6	45
Care providers	Group: 0 One-on-One: 5	Group 3 One-on-One: 8	Group: 2 One-on-One: 4	Group: 0 One-on-One: 5	27
Local leaders	Group: 0 One-on-One: 2	Group:0 One-on-One: 2	Group: 0 One-on-One: 0	Group: 0 One-on-One: 1	5
Administrators	Group: 0 One-on-One: 1	Group: 0 One-on-One: 2	Group: 0 One-on-One: 0	Group: 0 One-on-One: 0	3
TOTAL	21	19	20	12	

Benefits and Challenges to Methods Used to Research Women's Experiences

There were benefits and drawbacks to each data collection approach. The group interview approach involves "the simultaneous interviewing of individuals, whereby the emphasis is not on the individual responses but on the interaction between the participants" (Krueger 1994: 139). As the goal of a group interview is to focus on the synergistic group effect, this approach was beneficial for the women as they assisted each other with brainstorming the major issues for rural maternity care. Women enjoyed these group sessions as the experience often doubled as a social gathering and an opportunity to reflect on personal challenges encountered throughout their pregnancies, labour and delivery, and post-partum experiences. The data collected from these sessions helped us gain a good understanding of the macro-level issues experienced by women and their families.

There were, however, two main challenges to conducting group interviews in our project. First, when doing maternity care research with new mothers, it is likely that infants and children will accompany the participants to the interviews, despite the provision of funds for baby-sitting, which was the case in this project. The noise level created by the infants and toddlers often interfered with the quality of the audio recorders and made facilitating the group setting difficult. Beyond acoustic challenges, participants' attention would sometimes be diverted to attend to the needs of their children. Whenever possible, a member of our research team offered child-care services so mothers could concentrate on the interview; however, most participants declined this service being uncomfortable leaving their child(ren) with a stranger. Second, pregnancy, labour and delivery, and the post-partum period is experienced differently by all women. Although the group interview data were rich in the macro-level trends in how and in what ways women access maternity care services, it was often difficult to ignore the very different details of participants' experiences. Participants' socio-economic status and marital status, number of years spent living in the town, knowledge of local support networks, number of other children in their care, and personal philosophy of birthing all affected their views on birthing and accessing maternity care services.

The one-on-one interviews allowed the research team to probe more deeply into personal experiences. We were then able to use these details to frame further probes on their views of the current, and in some cases, recent past provision of local maternity care services. The data elicited from all one-on-one interviews were rich. While all participants seemed appreciative of the opportunity to share their stories, one drawback to the one-on-one interview approach was that participants missed out on the opportunity to gather socially in a group interview. Furthermore, one-on-one interviewing is more time consuming and labour intensive for the research team than group interviews.

Using group and one-on-one unstructured interviews to elicit the narratives of women's experience of maternity care allowed us to use trigger questions to begin participant's narrative of experiences of receiving maternity care in a rural environment. Through this method, participants were encouraged to articulate their story as it related to their experiences of care. Participants selected what information was revealed and what information was concealed based on their own criteria as opposed to theoretical categories for classification. Guides or probes were used to precipitate discussion among participants. (See Appendix G.) These guides or probes were based on existing literature of rural women's experiences of health care in general, literature on northern women's experiences of forced evacuation for birth, one principal investigator's understanding of the issues based on his experience as a rural physician providing obstetrical care and the second principal investigator's understanding of the literature pertaining to the psychosocial issues in childbirth. The probes fit into five broad themes: access to maternity care services, experiences of access, level of satisfaction with local maternity care, decision making, and economic and social costs associated with having to travel outside of their community for care.

Researching Care Providers, Local Leaders and Administrators

We used a semi-structured interview approach to elicit the perspectives of care providers, local leaders and administrators. This approach "follows a series of open-ended questions that often are asked in a particular order" (Krueger 1994: 137). When conducting semi-structured interviews, it is assumed that

> participants are knowledgeable, have a meaningful perspective to offer, and are able to make this explicit in their own words. Consequently, the nature of the interaction between the interviewer and study participant takes on a different meaning... [whereby t]he interviewer is an active participant and it is essential that rapport be established with the interviewee (Krueger 1994: 137).

With a semi-structured approach, all care providers and local leaders were asked the same questions in the same order. This contributed to ease of data coding and ensured all participants provided us with their views on similar subject matter. The open-ended nature of the questions gave participants the freedom to insert their personal views and experiences. The sharing of these views and experiences allowed us to gain a more comprehensive understanding of the emotional and political nature of rural maternity care provision, and the personal role the provider had in this provision.

The semi-structured interviews lasted between 20 and 90 minutes, depending on the level of involvement and knowledge each participant had of the local maternity care situation, and how much time each participant was willing to dedicate to the interview process. (See Table 1.) Each participant signed a research consent form before the interview. The research team intended to audio record all interviews for transcription; however, some participants refused audio taping. Reasons for refusing audio recording ranged from an individual's reluctance to have her voice audio taped (i.e., self-conscious about how her voice sounded on tape) to reluctance by participants to have their views recorded given the emotional and political nature of the topic. In these cases, a recorder took detailed written notes, while the interview was being conducted by a facilitator.

It was the goal of our research team to identify and request an interview from the complete list of maternity care providers, local leaders and administrators within each community to ensure that anyone involved in providing care to, or making decisions about, parturient women was included in our study. (See Appendix F for a list of the roles of the care providers, local leaders and administrators we recruited.) Identifying and interviewing all community care providers, local leaders, and administrators generated a rich data set and allowed us to better contextualize the local birthing environment in each study site.

We began our field research by distinguishing between care providers and local leaders. We acknowledged these roles as separate by constructing different questions within our semi-structured interview schedule. On starting our interviews with care providers and local leaders, we quickly learned that the roles of a provider and leader are often integrated in one person. Although, for the purposes of this report, we classify the care providers as having only one role, many care providers hold the dual responsibility of acting as a leader in their respective communities. Therefore, in the context of this study we interviewed a total of five local leaders in comparison to 27 care providers (see Table 1).

When doing research in small communities, it is imperative to find a balance between a rigorous, well-defined approach to data collection and being open to the vagaries of local circumstances, personalities and unanticipated events. Our flexibility reflected our commitment to community-based research. One challenge, we quickly learned, was the fact that all care providers and local leaders involved with maternity care in small towns are extremely busy. As the provision of maternity care is a responsibility that requires both on-call and after-hours work, dedicating 20 to 90 minutes to our research became, in some cases, a stressful and unrealistic demand. However, most care providers and local leaders gave their time willingly to our research, and provided us with their perspective in detail ensuring we understood the issues and the local political climate surrounding the topic of maternity care. For those who expressed concern over the time commitment involved, allowances were made to, for example, conduct group interviews or telephone interviews to facilitate their participation. We also undertook several interviews over meals. We believed the benefits of capturing the views of care providers, local leaders and administrators outweighed the potential costs of a lack of uniformity across all interviews.

The present nature of the political climate with regard to the provision of rural maternity care in British Columbia influenced the data we collected and challenged the participation rate of some

care providers, local leaders and administrators in our research. British Columbia is two years into a process of regionalization; thus, the way in which all health services are delivered in rural and small towns is undergoing significant change. For example, when the proposal for this research was written, all four of our study sites had local birthing capacity, despite their status as high outflow communities. Between the submission of our research proposal (December 2002) and the conduct of our field research (April to September 2003), three of the four study sites lost all capacity for local birthing. In two of our study sites, Alert Bay and the North Island, losing capacity for local birthing was also influenced by a high profile provincial government decision to impose a temporary moratorium on the provision of birthing services (all women had to leave the area for care). This decision differed from the need to withdraw services based on a regionalization strategy.

A semi-structured interview guide was developed for use with both care providers and administrators (see Appendix H) and another one for use with local leaders (see Appendix I). The care provider/administrator interview script was classified using seven main theoretical categories:

- provider role (education and training, current role as a provider in study site);
- provider experience (background);
- changes to local provision of maternity care;
- resources and support available locally, regionally and provincially for maternity care;
- safety and risks associated with providing local maternity services;
- perceived implications for women and their families accessing maternity care services out of their community; and
- ideal model of birthing in rural and remote British Columbia.

The local leader interview script was classified into three main theoretical categories:

- changes in the local provision of maternity care;
- perceptions of implications of these changes for birthing women and their families; and
- ideal model of how local maternity services should be provided.

Data Collection: Women

We conducted three group interviews (focus groups). Each took place in a multi-purpose space in public health offices, recreation centres, or Head Start family centres. These spaces were ideal for the women and their children to gather as they had chairs suitable for conducting the interview directly adjacent to safe play areas for infants and toddlers. The use of these spaces facilitated our research as the women did not have to worry about securing child care for their infants and toddlers, and they were familiar with the environment where the group interview was taking place. Despite the challenges posed for recording and for the facilitators as mentioned above, the safe play areas for children did enable the participants to focus on the interview, as they were not worried about where their children were or what they were doing. The group interview spaces also had kitchen facilities attached to them

which facilitated our preparation of healthy snacks and drinks suitable for participants and their children.

Although our research team appreciated how the group interview spaces facilitated the involvement of participants, the multi-purpose nature of the spaces was not ideal for interviewing. The children's play area made the environment very loud which, at times, interfered with the audio quality of our tape recording. Also, the general acoustics challenged our ability to hear participants, particularly in large group settings. Finally, there were few surfaces where audio recorders could be perched to capture the views and stories expressed by participants.

The one-on-one interviews were conducted in locations chosen by participants. These included participants' homes, local libraries, coffee shops, local restaurants, public health nurse offices, health centres, women's centres, women's transition houses, Head Start family centres, Aboriginal meeting centres and Family Place offices. Because participants chose the locations in which they were comfortable to conduct the interview, they were not concerned about the public nature of many of the interview settings. As our research team was well versed in the sensitive nature of conducting confidential interviews in public spaces, particularly in rural communities, every effort was made to ensure the women's choice of location for the interview would allow her to share her story openly and comfortably. As our research team conducted the field work with, at minimum, two members, we were not concerned with safety issues when conducting interviews in participants' homes.

Data Collection: Care Providers, Local Leaders and Administrators

Three group interviews were conducted with care providers. (See Table 1.) The group interviews were conducted in restaurants, as decided by the participants themselves. Due to the sensitive nature of our interview questions, great efforts were taken to ensure the comfort of the participants sharing their experiences in a public place. Conducting the interviews in restaurants allowed us to offer a meal to thank them for their participation and gave us access to care providers who would otherwise decline involvement due to a hectic schedule. Although the group interviews were conducted in public settings, there were few other customers in the restaurant, and participants did not seem disturbed about sharing their views in a public setting.

The remainder of the interviews with care providers, local leaders and administrators were one-on-one interviews in participants' homes, offices, coffee shops or restaurants, according to their personal choice. Again, as our field team consisted of at least two members, safety issues where not a concern. The public settings chosen by participants ended up being private as no other customers were present in the locations at the time the interviews were being conducted. The audio quality for most of these interviews was good.

Data Analysis: Narrative and Coherence

Analysis and interpretation of interview and focus group data were based on the recognition of responses as narrative accounts or stories. This premise relies on the assumption that telling stories is a significant way for individuals to construct and express meaning (Mishler 1986: 66). Rayfield (1972), an anthropologist, suggested that stories are

inherent to the way the human mind works and goes on to describe the story as a "natural psychological unit." Theories of coherence[11] were further used to guide the detailed analysis. A qualitative data analysis software program, QSR NU*DIST, was used to aid in the analysis of data, specifically in regards to coding (attaching key words or tags to segments of text to permit retrieval, storing the data, linking the data and providing written commentary on the process of collection and analysis).[12]

Summary

The exploratory, qualitative research method used in this investigation yielded results that were contextually grounded and descriptive to "maximize discovery and description." The rich, detailed description found in the spoken narratives of the women, care providers and administrators have allowed us to identify common themes among the respondents in a way that acknowledges the nuances unique to each participant within each community. Through interviewing much was revealed in the descriptions participants used, and recollections often evoked what Morse (1992) called an "emotional re-enactment" of events. These processes have been particularly advantageous given the goal of capturing experiences of rural maternity care.

6. RURAL CARE PROVIDERS, LOCAL LEADERS AND ADMINISTRATORS' EXPERIENCES OF OBSTETRICAL CARE

The physicians, nurses, informal care providers, administrators and local leaders we spoke with wove a story around maternity care in their respective communities that began with an awareness of the context of rural practice. Thematic to this awareness was an understanding of the difficulty practitioners have in maintaining their skills and abilities in light of the low volume of local deliveries in most small communities and the implications of this on sustainability. This awareness was underscored by the recognition that despite challenges, as long as families live in rural communities, women will get pregnant and birth will happen. Participants were forthcoming with their perceptions of the safety of maternity care in the absence of local Caesarean section capability and how this, along with other factors, influenced the sustainability of local maternity care services. Many participants had clear ideas about what was needed to maintain local birthing services, and although the specific criteria varied among practitioners, there was strong agreement about the notion of the importance of a collaborative decision-making process around community birth services. There was also recognition of the challenges to providing care in communities without immediate access to Caesarean section capabilities. Underscoring this was an awareness of the need to weigh, comprehensively, the risks and benefits to both staying and leaving the community. Many participants also had thoughts on the steps necessary to improve the maternity care environment in small, rural communities.

The Context of Rural Practice

Through their narratives, care providers presented a comprehensive picture of the realities they faced in rural communities, whether or not they offered maternity care services. These challenges started with the need to maintain their obstetrical skills, regardless of whether they had an active obstetrical practice due to the possibility of precipitous deliveries. Those with an active obstetrical practice recognized the implications of low volume. Administrators recognized the challenges of recruitment and retention. All recognized that birth would always happen as long as women become pregnant in rural communities.

Maintaining and Developing Competency in the Context of Decreasing Volume

As noted earlier, the birth rate in many rural communities in British Columbia is declining. This is compounded by the fact that many women in small communities leave to give birth in referral centres, both of which contribute to a low volume of local deliveries. Low volume of care has significant implications for care providers who must remain current in their skills, abilities and level of confidence through practice. It also has an impact on training new professionals — medical, nursing and allied — in rural obstetrics. The challenge of maintaining competency in the context of low volume was an underlying tension for many of the care providers we spoke with and a significant motivation to retire from obstetrics for those who had ceased providing care. As one nurse said:

> *This is the same for any rural nurse that's been in a rural area for any length of time: how difficult it is to maintain skills because you just don't see these*

things on an ongoing basis but yet you have to be able to, and I mean at least we didn't have to worry about maternity here but in [next community] the nurses there had to have maternity skills and trauma and emergency and they also had to be able to deal with a patient who had an MI and they also had to be able to deal with the geriatric patient that might need acute care services and so yeah...to me it's sort of an extra pressure (Town 1 - 002 : 306 -- 319).

Some care providers, usually physicians, undertook work in high-volume maternity care units during time away from practice in their home community to compensate for the low levels of obstetrical cases they saw. This option, however, was not available to most nurses who did not have the financial or professional resources to leave the community on a regular basis for additional training.

Low-volume practice had further implications for care providers, particularly midwives, who must meet minimum standards of active practice to maintain licensure (between 10 and 20 births per year depending on how long the midwife has been licensed)[13] (College of Midwives of British Columbia 2003). This provided challenges to interprofessional collaboration in communities not large enough to support more than one practitioner.

Well, the concern is, is that there's not very many births on the island. Even if 100 percent of the births [were] in the hospitals I think you're talking 60 births a year.... And some of those are just risk bound or they're Caesareans or whatever they can't deliver on island. So you're, you're probably looking at - and some would be medivaced as well — so say 60, 70 births. Even if you said 100 babies were born here every year potentially you know you have six doctors right 'cause you have three full-time equivalents in community A and three full-time equivalents in community B. Well even 100 babies between six practitioners isn't very many and the College of Midwifery requires that to keep your ticket — at least when it was introduced — that a midwife had to be the principal, the person catching the baby, for 20 deliveries a year.... I think it's gone down now so that I mean I think there may be compromises being worked out (Town 2- 023 : 352 -- 374).

As discussed below, women from rural communities clearly articulated their desire for a choice in caregiver, including the option of having local midwifery care. In many communities there were informal care providers (such as doulas and La Leche League leaders) and members of the community as well as formal care providers (such as obstetrical nurses and Head Start co-ordinators) who expressed an interest in midwifery training. For most, however, leaving the community for four years to undertake the training,[14] should they be successful in their application to the highly competitive program, was an insurmountable barrier which, when added to the low volume of care within the community, made the option unattractive to most. One participant described the frustration that kept her from pursuing midwifery training in spite of her commitment to the community and the profession.

Oh I've considered it but I'd have to uproot my family for a long time. Up until just recently everybody I'd talked to said there's no way you could ever

> *practise here and I didn't want to leave here. So why would I uproot my family for however long it took to get certified and not be able to come back here? Because it wasn't enough volume to practise and we aren't supposed to practise without a partner so it's certainly not enough for two midwives, you know what I mean. Like we'd have to have two very part-time practices and do other things as well, but it's pretty hard to do that if you're doing that job. So it always seemed like it wasn't feasible and I really didn't; I wasn't willing to leave here. We worked really hard to get to this place and it was important to me to raise my family here* (Town 2 - 018 : 423 -- 443).

The low volume of local deliveries also had an effect on other professions working to support maternity care. As one participant described, her goal of becoming a childbirth educator was stymied by the fact that she did not feel she could gain the required experience in her local setting.[15]

> *I wanted to become a childbirth educator but that's difficult, because I'd have to leave to get the amount of births in 'cause it takes forever and a day to get the births here* (Town 2 - 017 : 372 -- 376).

Several communities were witness to the recent growth in the number of women interested in becoming doulas, trained professionals who give "emotional, physical and informational support to the woman who is expecting, in labor or has recently given birth. The doula's role is to help women have a safe, memorable and empowering birthing experience" (American Pregnancy Association 2004). In one community, a certification workshop was attended by over 20 participants, many of whom had a commitment to local birth and were interested in supporting women through labour and delivery. Meeting their practice requirements for certification by attending births, however, was again a challenge due to low volume.

Low Volume: Implications for Care

As noted above, the reduction of the number of births in local communities leads to less local services and more women leaving to have their birth elsewhere, which contributes to less local experience and services, and so the cycle of loss of local services gradually worsens. Other policies, which delimit criteria for local care, such as a "no primip policy,"[16] further reduce the number of local deliveries and contribute to practitioners' decreased sense of competency and comfort with providing local maternity care.

> *Twelve years ago or more they started with, you know, no primip births in [our community] so the birth rate[s]...were definitely going down, so yeah, their competency was going down and their comfort level being there at a birth, right. Because ultimately, the care of the mum and babe rests on the medical staff, right. So if they're not comfortable, because they're not the ones doing the births all the time or because they're just aren't too many births happening, yeah, their skills go down...then of course the doctors [are] unwilling* (Town 4 - 001 : 604 -- 622).

The Challenge of Retention

Rural practice, as documented in other studies (Larimore and Davis 1995; Rourke 1998; Wiegers 2003), creates a unique set of challenges for physician retention. Difficulties with social integration into a small community, local political disputes related to health services, and the time demands of being one of only a few available (on-call) doctors are some of the issues that relate to the documented high turnover rates of doctors in rural communities. This had an impact on the other medical, nursing and allied health care professionals within our research communities, despite participants' understanding of the causes of such attrition.

> *Already the doctors were leaving. The doctors that we knew and loved so much. They were around that time they were all kinds of exodus out of here. Probably because of the conditions; the structure of the health care society was changing too and I think the conditions they were working under were unbearable. Just the way they were treated and the time they had to work. I don't know much about that. I'm sure you've heard something about it, and it hasn't been very livable for anybody that's why we've got such a turnover of doctors here. We end up with doctors who don't have a lot invested here and they come and go and there's no continuity. That's my biggest beef* (Town 2 - 018 : 180 -- 193).

Sometimes this stress and uncertainty leads to early retirement.

> *I set up my RRSP [Registered Retirement Savings Plan] for 60. But with all the political situation and all the hassles we've had to go through I don't know it may come down a little bit earlier* (Town 1 - 005 : 1018 -- 1021).

Births Will Always Happen

The care providers we spoke with consistently acknowledged that there will always be a need to maintain maternity care skills; even when maternity care is not an officially provided local service, births will still happen. This led many participants we spoke with to express their sense of being caught in a dilemma of uncertainty. Many did not want to offer obstetrical care as they felt it was unsafe, but in not offering care, their skills and experience would diminish leading to further anxiety when they needed to provide care in emergencies. As one provider said:

> *But I do have mixed feelings, because it is difficult to get them out. It is risky but yet, no, it happens and then if I don't do [obstetrics] here, there will be more woman who I know will deliberately stay in town until they get into labour anyway…and with the nurse not being exposed to it regularly and with somebody who just shows up out of the blue, they will be more, what do you say, less prepared for it* (Town 4 - 003 : 416 -- 423).

As intimated above and discussed in the following section, birth will still happen because women will show up in advanced labour, either by design or circumstance, leaving the health care team with little choice but to carry out the delivery. One participant noted this when he said:

> *Because there are people who just show up in labour. And even before that there are people who are high risk [and] are supposed to leave the island: they show up at the hospital in labour* (Town 4 - 003 : 429 -- 432).

Even when local care providers recognized the possibility of a woman remaining in the community to give birth despite recommendations to the contrary, short of extreme legal measures, there was very little they could do. One participant said:

> *As long as you have women of child-bearing age [here], you are potentially going to be having women having their babies here. ... I don't know how many doctors would be willing, to get a court order and force a woman to travel off island if she was refusing to do so* (Town 2 - 023 : 507 -- 514).

Sometimes, care providers were able to anticipate the possibility of an "unplanned" local birth, whereas in other instances women concealed not only their intention to have a local delivery (when it was planned) but also the very fact of their pregnancy.

> *You're always going to have somebody who's bound and determined to deliver here so they'll come in at the last moment... the doctor doesn't even know they're pregnant* (Town 3 - 002 : 296 -- 301).

There will also always be the potential for premature deliveries before the recommended evacuation date (usually 36 weeks gestation) as long as women in rural communities continue to get pregnant. The understanding that births will always happen was consistently prevalent among rural care providers.

Care Providers' Perceptions of the Safety of Local Maternity Care

Local care providers in this study were largely aware of the social stress a woman can experience when she is referred out of her community to give birth. The care providers' own anxieties, however, about possibly confronting a situation for which they are unprepared or ill-equipped often outweighed these concerns. As one physician described, the realities of geographical isolation and the related unreliability of emergency transportation gave the physician little flexibility in decision making.

> *I've got mixed feelings. I feel sorry for the woman who has to leave her family and her young ones and has to go down and stay for two weeks waiting for baby to be born. And I sympathize [with] the stress they are facing while they are waiting and, quite often, they do end up facing unnecessary stress, because they just want the baby out and be home. But yet we are so isolated and we have such terrible transportation and that if something does happen to a woman or baby we might not have enough time to get them out somewhere. So it's a risk that they have to take anyway. And I choose my patients carefully, but there are always unexpected situations anyways so it's a risk you take* (Town 4 - 003 : 244 -- 257).

Another physician reported serious misgivings about the safety of local maternity practice without Caesarean section capabilities and how this determines the referral strategy.

> *I don't like being in a spot where it isn't safe to practise and that's what I feel strongly about here with maternity. Is it safe to practise? It's fine [if] everything goes well.... Got a woman in labour ... we have no provisions for Caesarean section.... To me, if a woman insists on it here I just think she's foolish. I know it's difficult to go away and wait ... but what is more important than having a safe delivery [and] healthy baby? ... I don't want to be in that position I don't want to see that happen* (Town 3 - 003: 14 -- 47).

Care providers with little experience providing maternity care, particularly in a rural setting, and those who had witnessed a colleague experience a bad obstetrical outcome in a rural setting, were more likely to deem rural maternity care unsafe. Concomitant to a discussion of the relative safety of local obstetrical care was an awareness of the legal and professional repercussions care providers could face in providing local birthing services. In a focus group discussion with local rural doctors, anxiety about being sued for malpractice surfaced.

> *Things could go wrong, and people more and more are being sued* (Town 2 - Doctors' focus group discussion : 375 -- 376).

In addition to the risks of facing legal action, care providers' were concerned about their professional reputations and licensing. Describing a particularly unsettling birthing experience, a nurse recalls the fear of losing her license to practise.

> *Interviewer (I): So how did you feel as this woman's going through the later stages of labour?*
> *Participant (P): I was panicking. I was so scared....*
> *I: What was going through your head?*
> *P: Well just thinking that if anything went wrong it would be my licence: not being qualified* (Town 3 - 001 : 64 -- 72).

Factors Influencing the Availability of Local Services

Care providers we spoke with had a clear understanding of the multiplicity of factors that contributed to whether or not local maternity services were offered at either a community or individual level. They included a recognition of the influence of individuals within a community, the de facto criteria for local birth and the extent to which decisions around the location of birth was a collaborative process between the woman and her care provider. The use of consent forms also had an impact on service provision in some communities. Community maternity care services depend, in large part, on whether individual care providers champion the provision of care. The absence of an overall maternity care policy leaves many local services dependent on individuals, which means the services are vulnerable to closures or intermittent service provision when the individual leaves the community either permanently or for a short time. In some communities, care providers worked together to support local care and, consequently, had a profound influence when

they felt local care was not safe. In this community, care providers took it upon themselves to warn the larger community they would no longer provide local services, due to their concerns about safety. The participant who related this account noted that even though there had been no formal rescinding of the warning, a few years later local physicians decided to reinstate local birthing and did so.

> *Some of the doctors had gone to the lengths of taking an ad out a full page ad in the paper saying they do not recommend women to have their children here; it just was not safe and they were not prepared to provide the service. There's never been anything put out to rescind that ad by the way* (Town 2 - 023 : 94 -- 99).

The system dependence on individuals or small groups of providers contradicts the notion of sustainability and destabilizes the overall system as long-term planning is not possible. As one participant observed:

> *I think this is always going to be a place where people are turning over in terms of physicians and nurses. ...So even if you've got a keen group of docs now who want to do it and are going to do all the training and keep up to date and all that, I don't necessarily see it as continuing five years, ten years* (Town 2 - 021 : 652 -- 661).

Criteria for Local Birth

Beyond their role in establishing whether local obstetrical services would be offered in their community, care providers also determined who would be eligible to access such services should they be offered. Care providers with more and current practice experience were more likely to qualify both their safety and risk assessments with particular preferences or criteria for the kinds of deliveries they were comfortable supporting and the necessary conditions. Most of the physicians in this study had a clear sense of the criteria they used to determine a woman's suitability for local birth when maternity care was offered in the community. Criteria included parity (the number of children the woman had had, if any), whether she had had a previous Caesarean section, and whether there were other medical or obstetrical conditions that would contraindicate a local delivery.

The actual process of deciding which of the women should be referred out of the local community to birth at referral centres before the onset of labour, however, depends to a large degree on local care providers' tolerance of uncertainty and a woman's commitment to local birth. There are no clear guidelines for women having uncomplicated pregnancies. Women having their first birth (primips) are more likely to be transferred during labour than women who have previously delivered vaginally. Consequently, some practitioners and some communities recommend that all primiparous women birth at hospitals that offer Caesarean section backup. One participant recognized the increased confidence of practitioners approaching the birth of a multip when compared to a woman having her first child.

> *If I had no O.R. staff in either place within 30 minutes, I didn't think twice about it, because I didn't need the stress of worrying about what if something*

> *happened and multips can get into as much trouble but there seems to be a higher confidence level of doing the multips than there is with doing a primip* (Town 1 - 005 : 1212 - 1217).

Another practitioner, however, saw little difference in the possibility of complications based on parity, although did note differences in the type of challenges likely to be encountered in each.

> *What we've seen over the years here is we have more problems with multips than we do with primips. Primips usually come in; you may have a longer labour but that's about all and deliveries are usually no problem. You end up with more difficulties with multips who end up transverse and need help turning the babies and whatever else, as opposed to your primips. The odd time that they've got hung up and had to be shipped out you know and a primip too for a long labour, but not as many as we would have had with multips. And with multips, you've got more chance of ruptures and all the rest of the things than you do with primips. And if they have routine ultrasounds done to be on top of anything, I think that then there should be no reason that we shouldn't be able to do them all* (Town 3 - 004 : 311 -- 326).

Beyond parity, some care providers had set parameters around who they would feel comfortable delivering and who they would refer to a larger facility. One participant offered the following list.

> *I do not deliver primips, OK, you never know. I do not deliver after a Caesarean. I do not deliver if they are more than parity seven, because of the risk of hemorrhage.... [T]hen depending on whatever [medical] problem they might have, I do not deliver them. And I talk to them at the beginning of my intake that if anything happens throughout the prenatal care, then I might choose to send them away for delivery* (Town 4 - 003 : 62 -- 71).

Socio-economic status was another important issue considered by caregivers in making recommendations about where a woman should birth.

> *Some may choose to [deliver their babies out of town], OK. They usually see the doctor who delivers them like a couple of times before they go there just to be familiar with the face and the doctor and everything. But most of them I see do have financial problems and they cannot afford to go down too often* (Town 4 - 003 : 100 -- 106).

Local Birth as a Collaborative Practice

The local care providers in this study who were committed to supporting local birthing engaged with women to consider and adequately plan for possible delivery scenarios. Communicating and planning together about how to respond to unexpected possibilities, which may necessitate transfer to a referral community, was seen as an important part of

the care. This collaborative approach uncovered other areas for important consideration, including what referral centre may make the most sense for a woman (e.g., where she may already have a place to stay and support network) as well as relevant psychological factors. One participant relayed what he felt was an appropriate decision-making process to engage in with a patient.

> *No, they shouldn't go [to the referral community]. They should go when it's time, but they should be prepared right from the moment she's pregnant in the first prenatal visit. Start talking that there is the chance and if it happens ask her: "How would that impact you?" Start thinking [about it] not when she has to go [but] well before. Have them think and plan, and if it doesn't happen, it's wonderful. Doesn't hurt to plan so then it doesn't all come at once when you hear you have to go, you know, blah blah blah. And you have nothing in place. And the whole thing. Talk more about feelings when you're pregnant and feelings about when the baby arrives* (Town 2 - 022 : 180 - 208).

Prenatal visits were mentioned by several care providers as good opportunities for communication and some collaborative decision making, but the limited time was seen by some physicians as inadequate for counselling and emotional support. These physicians suggested involving other members of the care team, such as doulas, in providing further information and counselling.

> *[There is] very little psychological teaching or listening and that's not — doctors can't do that — they haven't got the time for that, you know. I mean a good prenatal visit, you know, if you have the time, in 15 [minutes] is quite often the most time you have. Well, you can't if you want to do the technical part and the assessing of risk, you haven't got time to throw that in as well. I mean use your 15 minutes wisely and doctors do what they do best is that part. And find somebody else that goes [and] does the other stuff. OK, that's ideal* (Town 2 - 022 : 180 -- 208).

Consent Forms

In some communities, care providers employed written consent forms as a way to ensure a woman had an understanding and acceptance of the known risks of choosing to birth locally. However, many participants contested the intent of consent forms. Some physicians regarded the consent forms as an explicit waiver signed by the woman in which she acknowledged that she understood that birthing rurally was dangerous and she was willing to undertake the risks. From this perspective, some care providers felt the signing of the form absolved them of responsibility for unpredictable complications. One participant supported this view:

> *So at least they know the risk they are taking and with a consent form... I find it will sink in better with some people and actually read it and understand the risk* (Town 4 - 003 : 794 -- 809).

Other physicians felt that a process of formal consent was inappropriate and undermined the relationship between the physician and the woman preparing for birth. This was seen to be particularly true for some Aboriginal patients. As one physicians noted:

> *I would use [a consent form] if I thought it would truly get the message across better than having a discussion... especially when I think of some of the Native patients here. I'm not sure if it's going to make a big difference over having a reasonable discussion and... I think even if you're worried about medical-legal protection, I don't think a piece of paper makes that much difference over having a verbal discussion. ... I think there's a fine line between being informed and being scared and overestimating the risks, and I suppose that depends on a variety of things* (Town 2 - 021 : 215 -- 226).

The Challenges of Practice in Areas with Limited Obstetrical Services

Beyond the contextual issues of safety and availability of services, the participants we spoke with had a clear sense of the day-to-day challenges they, as practitioners faced. These challenges included patient-centred challenges, the continuous need to balance risks and benefits in light of multiple options, and the awareness most participants had of the implications of leaving the community to give birth for rural women.

Patient-Based Challenges

Complications in Pregnancy

Rural maternity care providers report considerable stress in supporting local delivery for women in remote locations. This stress is compounded when pregnancy is complicated by problems, such as suspected poor growth of the baby. When poor growth is a potential problem, then an ultrasound is indicated, which usually means a trip away from the community for the mother. This can be expensive and puts an additional burden on the physician or midwife to justify the need for the test.

Inadequate Prenatal Care

Providers report that women's attendance at prenatal care can vary considerably. Sometimes, women will present for the first time in active labour on the verge of delivery. These unexpected maternity cases can be particularly stressful as even routine tests, such as ultrasound and basic lab work, may not have been done.

> *And I think that in these remote areas it's probably better that they do have ultrasounds routinely — you know to be on top of that because of that. Because there are a lot of women... there was one that delivered just, what was she? Five months, 20 weeks, so that... was earlier this year just a few months ago, and the baby was too small but she had had no prenatal [care]. Nobody knew she was pregnant, you know, and you get that in these areas. You get that a little bit more; where they come in or they haven't seen a doctor in three months and they show up for delivery. I think that's probably the biggest problem that we have... I think that that's the one of the biggest*

concerns with physicians and is a lot of these women don't keep up regular appointments (Town 3 - 004 129 - 141)

A Balancing of Risks

Practitioners in this study, whether they were currently providing obstetrical care or not, had a sense of the need to weigh the risks and benefits of local care. Although many factors played into the equation, the risks around transport out of the community, should it be necessary, was thematic to most practitioners.

Many described the uncertainty of birth and the unremitting risk of a complication that might overwhelm the resources of the practitioner and the small hospital. When one spoke of the knot in his stomach the week before a patient was due, he captured the sense of anticipation that, for many of the physicians we spoke with, bordered on anxiety. Transfer or referral to a larger facility was perceived as a relief of this anxiety and for some, was precipitated by relatively minor complications of pregnancy.

> *If something goes wrong... going through labour and... no one can guarantee it so why would you jeopardize your unborn baby's safety and your own ...and as I say, I realize there's an expense... but you know what? That's one of the drawbacks of living rurally; it's just something that you have to expect it... you have to go out for certain tests* (Town 3 - 003 72 -- 80)

Even when transfer was initiated, however, anxiety remained due to an understanding of the inherent risks in travel across often rugged geography that is endemic to rural residents. Travel on rural roads or by emergency transport during labour can be dangerous. These risks have to be balanced against the risks of delivery in a small hospital with limited ability to deal with obstetrical complications. Rural practitioners and the birthing woman are acutely aware of this balance of risks.

> *Winter driving [in rural referral region] can be a challenge and so, there is risk involved, no question. You know, I think balancing the risks though, I think it's also, when you think of the alternative; of delivering in a remote area without adequate backup is also a risk. So it's a balancing of risks, I guess* (Town 4 335-340).

As many care providers are aware, there are also economic issues that may influence choices. The same participant went on to note:

> *You know, there's the safety issue and there's also economic issues; time, you know, for a patient of mine to come in and see me here... they might drive for five minutes, and it hardly disrupts their life. For someone from [rural community] coming in, it's the whole day and often the partner has to take the day off from work and safety on the highway, you know, so there's a number of issues. So, it's certainly not safe, but I guess you have to look at what the alternative is* (Town 4 335-340)

The concern about the risk of emergency transport over rural roads and the real risk of a motor vehicle accident was especially salient around emergency transport during labour.

> *You mean deliveries here in [community]? I think they would be unsafe. Because there's always that chance for complications and somebody hemorrhaging and it is an hour and [on] winter roads it could be a lot longer* (Town 01 - 002 : 409-417).

Many care providers recognized the risks to the patient who was being transferred, but also to the ambulance attendants and other emergency transport personnel.

> *It's frustrating sometimes especially for the physicians who are trying to and it's taking so long, like the time frame is bad, and in the winter like I say with the problems with the roads and it's not only hazardous to the clients it's hazardous to the ambulance attendants and everybody out there* (Town 01 - 001 : 889 -- 895).

Emergency transport personnel play a crucial role in supporting local birthing services. If problems arise in the birth, then the possibility of transport provides a way out to access needed interventions. In small communities, ambulance personnel are volunteers and represent a broad range of experience and qualifications. Some practitioners expressed concerns about the level of skill local ambulance attendants possessed and how this added yet another factor to consider in advising a woman about the decision to choose to attempt local birth.

> *And I think too, the other thing is the ambulance attendants here [have] basic training. They do not, you know the last delivery that happened in the community they were involved in was probably at least eight years ago so ...so they have no experience delivering* (Town 01 - 001 : 889 -- 895).

One community member with medical training was concerned enough about the qualifications of the ambulance attendants to offer her/his skills to the ambulance service in the hopes that this might reduce the potential for a negative outcome en route to the referral community.

> *I only joined the ambulance so I could offer my knowledge and experience 'cause what happens here a lot is that the ambulance ends up taking women in labour across to the other side to the hospital and none of the attendants are trained and they're terrified that the baby's going to be born and they don't know what to do. So I said OK I'll join that was my primary reason for joining and I was on the ambulance for a couple of years. And in that time I did attend a few births* (Town 2 - 018 : 289 -- 300).

For many practitioners still offering obstetrical care, there was a balance between the anticipation of providing care to a women who might successfully birth locally with the attendant exhilaration and joy that comes with a successful delivery, and the anxiety related

to the recognition of the perils inherent in their only safety net — transferring to the referral hospital.

Leaving the Community for Care

The care providers in this study were aware of and reflected on the challenges that rural women face when they have to leave their local community to birth elsewhere, including the implications for the woman's family and financial considerations. This was particularly important when women had other small children at home.

> *You have to try and accommodate people's choices and try and recognize that for some people it's really not an option to [leave the community] financially or otherwise. They have kids and all kinds of things, and we just have to try and accommodate their wishes and try and make it safe* (Town 2 - 021 : 178 -- 194).

Participants had ideas about how the health care system could overcome some of the hardships faced by rural women and families who needed to birth away from home.

> *I think they need possibly a hospitality room where the mom isn't necessarily admitted to hospital, just a place where she could go and... have some lounges and a little TV or kitchenette where they could just spend some time in case the couple just wanted to be together and not travel back to [their town]... Because the two I talked to, they were in labour, it was just a matter of maybe in eight hours they needed to be admitted, but for six to eight hours, do you travel back home just to turn around and go back* (Town 1 - 008-009 : 587 -- 598)?

In some cases, individual women were supported in innovative ways so they could cope with the high cost of being away from home for a lengthy period. One participant recounted the efforts a patients' care provider took to ensure she was able to get to the referral hospital.

> *And so in this instance actually her doctor's office, they pooled money together and got her transportation money to get her to [referral hospital]... So anyways the doctor was able to get her [out], had a place set up for her* (Town 4 - 001 : 90 -- 115).

Improving the Context of Local Maternity Care

The lack of maternity care providers in rural communities is central to the loss of local birthing services. The care providers who participated in this study proposed many innovative solutions including recruiting midwives, organizing doula support to quell concerns around nursing shortages, and implementing job-share arrangements among physicians. Recruiting midwives to be part of the rural maternity care teams was seen positively by some local providers.

Well ... we had a midwife here for awhile and she was trying to set up practice in the [rural region] and I had absolutely no objections to it at all because there was a lack of staff skills in maternity so [if] you've got a midwife who is there then you have a lot of backup and a lot of coverage (Town 3 - 004 : 641 -- 646).

Other rural physicians, however, expressed anxiety about midwives practising in local communities independently of local hospital-based care providers.

We don't have a midwife in [our town] for the fact that ... if complications do happen then that midwife has to work with us to get the baby out anyway so I do not think this is a safe place for them to be ... without Caesarean capacity ... We decided we cannot have a midwife in the community where they will not work with us, because they have a different degree of, or a different way, to assess risk (Town 4 - 003 : 481 -- 493).

One community of the four included in this study had doula support available to birthing women. A practising doula described the contribution she made to local health care teams.

We're teaching them how to eat properly, how to eat when they're pregnant, how to feed their kids, understanding that it affects their brain development, it affects their teeth, you know, that they need to be thinking further ahead you know (Town 2 - 017 : 222 -- 231).

Creating sustainable practice models has led a number of rural physicians to job share. While continuity of care is consistently broken in the short term, after a few cycles, longer-term continuity is established and the likelihood of sustainable practice increases.

We have three full-time physicians here, but there's only one guy that's working full time, the two other physicians are shar[ing] and they're three months on, three months off, three months on, three months off, and it's all men and which is good, but lots of times, women feel more comfortable with a woman (Town 2 - 008 : 234 -- 242).

Importance of Local Birthing to a Community's Integrity

Throughout the course of this research, it was clear that local birthing is an important part of a community's ethos. This was particularly apparent in one of the four communities we visited where members — from medical and nursing personnel to birthing women and their extended families — converged to create a nurturing environment for local birthing. There was a mutually supportive relationship between local care providers and the community.

The rooms are filled ... there are relatives out in the hall. Everybody's waiting for that baby. And the nurses ... I know they love it, they think it's great, they've never complained and most of the doctors I've talked to think it's pretty awesome. And you know that kind of thing, that's one way where the

local community has influenced the medical community in a really good way. They've just said, "oh, what we're doing, it's happening," and they accept it. So that's nice (Town 2 - 018 : 953 -- 969).

Another care provider in the same community described the experience of local birthing in the following way.

Births are one of those real team things that bring everybody together. It's more like a family here, because we're a small town. Being [isolated] too, there's not a lot of options. We end up having to be resilient and having strong convictions. Delivery is a key and vital service, and we need to keep it here. The first time we put that article in the paper [stating a policy of no local births], it was with great angst. That was a really sad day that we have to put that in writing. We were hoping that this wasn't the beginning of the slide to the end (Town 2 - 005 : 85 - 95).

A Care Provider's Concluding Thoughts

For some care providers, giving up local maternity care services took the heart out of their practice. Maternity care was not only one of the highlights of their practice, but also an important part of the intricate relationship that bound them to the community. As one physician articulated, his job satisfaction was intricately linked to the opportunity to provide birthing care to women from the community.

I think it's been very disappointing for me, because it's a part of a practice that I really enjoyed ... [the] continuity of prenatal right through delivery. And I think for sure, you know, it changes the relationship ... when you see someone through the delivery of their child ... I really miss that aspect of it. And I think it's certainly a joyful part and [there's] not very many other instances where you get that kind of experience so I miss that. And I just, it's, for sure, a lack in my practice too, and I worry about, I suppose, about losing certain kinds of skills, not doing it, and I think it just has contributed to me being dissatisfied with practising here not being able to do that 'cause I think it, just to me, it starts there and it extends to other areas; just a lack of commitment to provide basic care (Town 2 - 021 : 278 -- 294).

Summary

Results of interviews and focus groups with care providers, administrators and local leaders revealed their awareness of the difficulty practitioners have in maintaining their skills due to the low volume of deliveries. Care providers, administrators and local leaders also had concerns about the sustainability of maternity care provision should the low volume decrease the confidence level of local practitioners. Despite the expression of these concerns, care providers, administrators and local leaders recognized that despite challenges associated with providing rural maternity care, as long as families live in rural communities, women will get pregnant, and birth will happen. Participants were forthcoming with their perceptions of the

safety of maternity care in the absence of local Caesarean section capability and how this, along with other factors, influenced the sustainability of local maternity care services. Many participants clearly articulated ideas on how to sustain local birthing services, and the importance of a collaborative decision-making process around community birth services.

7. RURAL WOMEN'S EXPERIENCES OF BIRTH

Women living in rural communities shared cogent narratives that were rich with description and emotion, and conveyed the realities of rural obstetrical care in a time of diminishing resources. These realities included a recognition of the stress inherent in birthing for most rural women whether in their home hospital or in a referral community. These stresses were related to their uncertainties around the specifics of care, difficulties in securing a continuous care provider, and the financial implications of leaving their community for care. Further themes within the narratives included participants' recognition of the importance of birth in a community, their desire for local birth, a consciousness around risk and risk assessment, and recognition of their geography and the attendant consequences for access to care it precipitated. Many of the women expressed a desire for midwifery care. Aboriginal participants articulated different challenges around access to care and the implications of the lack of local access. This chapter thematically presents the findings from the interviews and focus groups to elucidate the experiences of rural parturient women in British Columbia, starting with their insights into the importance of birth for their community.

Stress of Birth for Rural Women

Many participants had a clear sense of the difference between living in and receiving care in a rural community and the experience they might have if they lived in an urban environment. Awareness of difference extended beyond access issues to include social determinants inherent in living in a rural environment, including economic realities. The realities of rural living for many of the women were implicated in the stress they experienced around giving birth. As one participant expressed:

> *Families in the city...don't have to worry about those sort of things whereas we do and...in the rural towns you're looking at families particularly up here who face shut downs, who face you know, other sorts of financial obstacles like that so that's just something else that makes the whole birth process a little more stressful* (Town 4 -- 012).

A thematic source of stress for almost all participants in this study was being uprooted from the family and community networks.

> *I think the biggest one was not having my family. That was really that was one of the sacrifices we made that probably had the biggest impact. You know like all your friends and stuff I mean I had lots of friends in [referral community] but...I really missed like in [referral community] the nurses were wonderful...the doctors the care was really, really...good but it just wasn't the same* (Town 2 -- 016).

In many instances, their mother or other family members accompanied birthing women to the referral community. Although the participants appreciated the social support and companionship, the presence of another person often created social tension as the family

waited for the birth to occur. Several participants noted a link between this tension and adverse birth outcomes.

> *Now I don't know if you guys have ever spent 17 days with your husband and your mother…[laughter] in the same hotel room…I have another [friend], she ended up having a Caesarean and she really believes…that's why she ended up having [a Caesarean], because just being away from home was just such a big deal for her and she stayed with her mother-in-law…her blood pressure just went off the chart and she ended up having to have a Caesarean. So we're saying it kind of jokingly, but it is a reality of having to stay like that* (Town 4 -- 002).

The Importance of Birth in the Community

Many women we spoke with had a strong sense of the importance of birth in the life of their community and recognized the cohesion and sense of historical continuity it brought. Many poignant stories were told of the restorative power birth had in the face of tragic events and death, and of the ability of the birth of a child to complete the circle of life and create balance.

> *The hospital sent me a card and thanked me, because there had been some major tragedy in this community just before and that was really sad for a passing away and all this crazy stuff, and so it was really a huge thing for the hospital to experience some positive life coming in* (Town 4 -- 010).

On a more specific level, sharing someone's experience of birth creates a sense of authenticity of relationship that cannot be created any other way, perhaps even more intensely when the community is small and other resources are limited. The bonds of friendship formed in this way strengthen social support networks that last well beyond the birthing experience. In one community, such sharing extended to a large group of friends who supported each other through birth.

> *We all attend each other's births up here; there's a ton of babies, so we've all experienced quite a handful of births which is incredible, like every one it's getting more and more, you know, it's getting better and better and support is so…I mean we're a tight circle so we all know each other and without having to say much* (Town 4 – 010).

Beyond the shared experience the women in this group had of being at each other's births was the recognition of a common experience between them and all women who birthed in the community.

> *I've talked to women who have children my age who birthed their children in the same room that I birthed mine in you know so it's really it's a really neat connection to have with all these people* (Town 4 -- 010).

For many women, recognition of the importance of the experience of birth to their community increased their desire to birth locally. It was, however, augmented with other motivating influences.

Community and Compromise in Local Birth

Overall, the desire to birth in their local community represented a convergence of participants' values and beliefs including recognition of the importance of a sense of belonging and the social ties that bind them to the community. As one participant said:

> *I think the most important aspect was that I was close to home, I was close to my kin. I think that ultimately is the most important thing surrounding a pregnant woman is the comfort of other women and if there's a really strong comfort level then things are going to be so much easier* (Town 2 -- 010).

The physical geography of the community and how this enhanced their lives — and the lives of their children — was also thematic, as was the richness that came from a sense of history with the community. Combined, these led to a sense of kinship between the birthing woman and her geographic/social community and the desire to introduce a child into this richness.

> *I don't know just 'cause she was made here and it's an experience to have her here. I don't know, a lot of people say like I don't know how they explain it...what's the word...it's a unique town it's a unique place you know it's neat to say you're born in the [my community] so that's basically why I wanted to have her here. Plus I've been here all my life and I wasn't born here and I wish I was* (Town 2 -- 002).

This desire for local birth often precipitated recognition of the need to make compromises around the details of care. An example of this was one participant's agreement to having an ultrasound to assuage her care providers concerns, even though she did not feel she needed one.

> *So this guy came in who did a quick [ultrasound].... I told the doctor like I really don't want to do this and he was like "real quick, real quick" and I'm like "if we can do it real quick, OK."...I honoured him so much for being so cool with birthing here. I thought, OK for his comfort level I'll do it, because he could have said "no, I'm not going to birth here for you" and I would have had to leave or find a different doctor. I kind of have to make these compromises* (Town 2 -- 010).

For many participants, the desire for local birth was so strong that when it was not possible they experienced high levels of stress and anxiety.

> *It was just, it was just so stressful. I can't explain like the anxiety it created for me. You know all my support was up here. Everybody that I knew that was*

> *supporting me through all the other stuff that I was going through as well was up here* (Town 4 -- 006).

As is conveyed in this excerpt, the participant's pregnancy was occurring within a larger context full of complexity. Leaving the community, then, not only had implications for her pregnancy, but for her larger life rhythms as well.

The Realities of Care for Rural Parturient Women

Despite the desire expressed by most women to give birth in their home community, obstacles were considerable, and many were enmeshed within the larger context of rural health care delivery. All the women faced similar challenges in receiving care during their childbearing years including securing a care provider, either in their home community or the referral community, and working with the realities posed by physical geography.

Challenges in Securing Care

As noted in the previous chapter, there are systemic challenges in recruiting and retaining physicians in rural communities. This is due to the stress of continuous or prolonged periods of being on call, the lack of opportunity for continuing medical education and the lack of access to other professional resources. As a consequence, health care delivery to many rural Canadian communities relies, in whole or in part, on locums. Although continuity in the availability of care is usually maintained for rural residents, continuity of care provider, and sometimes philosophy, is often disrupted. This has particular consequences in the childbearing years when the frequency of care provider visits is high, decisions are time limited, and psychosocial variables have a significant role in the process and outcome.

Most participants identified issues around the lack of continuity of care as being salient within their experiences of birth. Thematic to the observations were the challenges in conveying their medical history to new care providers, the difficulty of establishing a relationship based on trust when they saw the care provider infrequently or for a limited number of visits and negative consequences to multiple, sometimes contradictory, approaches to care. As one participant noted:

> *The care was really good from the first physician. Unfortunately, in this community, doctors can move at any time so at about, I guess it was seventh month, my physician had left and a new one had taken over, and then it became a little harder not knowing them as well as the other doctor and not having the history* (Town 3 -- 004).

For many of the participants, the lack of continuity of care was tied to the lack of choice in care provider, due to the perceived tenuous nature of securing *any* regular care. This was an issue for many women who preferred to have a female care provider. As one participant said:

> *No they don't stay here. The most they stay here is six months. So I started seeing one doctor and he was just at the end of his six months so he left, and then I started seeing another doctor; I think I seen twice. And then I think he*

> *was at the end of his too so he left and then I had one more lady and I don't know you just see all sorts of doctors; it's never the same one. And there's no female doctors here, and if there is it takes you like three, four, five weeks to actually get in to see her, because they're so booked and all the ladies want basically a female doctor* (Town 2 -- 002).

The desire to have a female care provider, and the attendant lack of access to female providers in many small communities, led to several women in this study electing to leave their community for birth and also the prenatal period to secure such care.

> *I really wanted a doctor that was younger and had children of her own; if she happened to have children of her own it fit perfectly actually. I find that they're more up to date with what's going on with illnesses things like that for the kids. And it's none of this old time well you know back 50 years ago just give them this and that and they'll be fine. So I set up with a doctor in [referral community]* (Town 1 -- 007).

If a regular, local care provider was available to support a woman through pregnancy, labour and birth, and local birth was available, women in this study faced further challenges around securing the support of their care provider for a planned local delivery. Several participants expressed the sense of having to "convince" practitioners, even those supportive of local birth, that they understood the risks and had a high level of personal initiative and determination. One woman recounted her care provider's reaction to her desire to remain at home and her strategy for assuaging his fears.

> *[When I] said I'm doing it here the doctor almost started crying; he was really upset...he didn't want to let me, and one of the doctors said well I wash my hands of this whole thing and I said fine and then the other one was in such a fluff but he's a really nice guy...and I just reassured him I said look...it's going to be fine I'm going to be OK. I think that helped him. So as it was, he did say and well if you go over 41 weeks, you should go off and I just nodded but I had no intention of going* (Town 2 -- 001).

Care providers recognized and respected the choices of some participants, within a context of known risks.

> *No, she never really recommended [that I leave]. She was a very down to earth woman who really wanted to honour my choices but she, of course they all warned me of the risks. They have to do that* (Town 2 -- 010).

Geographical Realities

The realities that provide the context of health care delivery to rural women included the physical geography of their community (and access to the referral community), regular transportation mechanisms and weather, all of which had an impact on the planning and experience of leaving the community. A common concern was the possibility of inclement weather.

This winter was quite mild so it was actually not too bad. We were a little bit worried because of all the snow... it was a bit of a concern thinking that...we'd have a roadside delivery coming on, but it didn't go that way so it's OK (Town 1 -- 010).

Related to the weather were concerns around access to transportation, whether it was by road, water or air.

Well I mean it's the ferry. No one likes to go on the ferry when you're pregnant but no it was fine. 'Cause I mean you deal with weather you know. My daughter was born in January, so we got stuck over there in the middle of a storm, but you get used to it. I mean it's not horrible (Town 2 – 016).

The Case for Local Birth

The women we interviewed had a clear sense of the local resources available to them, including institutional/infrastructure, technological and health human resources. There was also awareness, although limited, of out-of-community resources (such as billeting lists for securing accommodation) should care in a referral centre be necessary. The availability of resources was not confined to those needed for labour and delivery, but extended to the perinatal period.

Local Resources

When local maternity resources were available, several participants recognized advantages to giving birth in their local hospital in contrast with the constraints perceived in larger facilities. Common to the perceived advantages was a sense of flexibility that allowed the participants to arrange their care in a way that met their needs. For example, one participant noted that during her local birth, her husband — and baby — were able to room in with her after the birth, something she felt would not be possible in a larger hospital.

Another thing was that [my husband] was able to sleep in the room with us and totally be there with us.... You know a lot of the big hospitals you don't [let you do this]. In fact, I heard in big hospitals they don't even allow you to sleep with your baby that you have to have your baby in a bassinet beside you; like you're allowed to at least have them but yeah like you know in this hospital he was just in bed with me (Town 2 -- 010).

Many participants who were able to stay in their local community to give birth commented positively on the physical birthing space, emphasizing the ambient advantages they experienced and the feelings of comfort the space engendered.

The maternity ward here is really incredible compared to [next community] where they don't really have.... They have a ward, but it's not really separated from the rest of the hospital whereas this one is separated by double doors, and there's you know a birthing room and then a couple of

recovery room… and then it seems like kind of more your own world and usually you're the only person there too…yeah well the one thing that I recognized was that it was a really, really comfortable place to be to birth (Town 2 -- 010).

In instances where local birth was not supported, the availability of birthing facilities and resources became a focal point for the perceived irrationality of the organization of service delivery that many participants experienced. In one community, several participants commented on the birthing room in the local health centre that had been transformed into a physiotherapy room. The observations of the following participant were common to many.

Because our hospital has the facilities, it has a brand new birthing room with a whirlpool tub and you know…that's not being used. The [next community] hospital has the same things you know a birthing room that's not being used and a nurse midwife whose expertise isn't being used (Town 4 -- 012).

Although participants felt that the birthing facilities — whether they were used or not — in many of the local hospitals could create a positive birthing environment, they also recognized that there was a lack of the skills and technological resources that would be necessary in the case of an emergency. The lack of Caesarean section capability and pharmacological pain relief were identified by most as the drawback to local service for labour and delivery. Many participants also commented on the lack of access to ultrasound technology during the prenatal period along with a desire for such access.

I think it would be a good idea to have some qualified [here] to run an ultrasound machine. Then women wouldn't have to travel. Like when women are overdue they like to check it out, right. And I mean, who wants to travel to [referral community] to have an ultrasound when they're overdue? What are the chances that you're going to birth on the [way] or something that's just insane to think about (Town 2 -- 010).

For some participants, however, diminished access to technology was a large part of choosing to stay in their home community to birth. Lack of the local option of interventions, such as epidural anaesthesia, was seen as a positive feature rather than a reason for birthing elsewhere.

And you know part of it was I didn't deliver with any anaesthetic and I didn't know the difference. I didn't have the option so you just do it. The pain goes into its own little world and you just do it, right? When you don't have a choice you just don't factor it in (Town 1 -- Focus Group).

An awareness of local resources extended to human resources and challenges that local providers faced in offering obstetrical care. Many participants noted that a consequence of most women leaving the community to give birth was the reduced confidence physicians and nurses had with obstetrical skills. In turn, this created a difficult scenario from which to re-establish local birth. As one woman noted:

> *I think that if the nurses and the doctors had the experience with labour and delivery, even without C-section abilities, that they could be safe.... Right yeah I think one of the concerns is the lack of babies that are born up here and then the nurses and the doctors...don't get the experience. And then all the babies that are born up here, the scary kind of babies that they wish weren't born up here like [daughter] being early or have some kind of fear around that and babies that come unexpectedly* (Town 4 -- 005).

An awareness of what was no longer available locally led women to have a ready familiarity with support available to them when they left the community. Initiatives they were familiar with included a billeting system for accommodation in referral communities and central lists of available resources. As one respondent commented:

> *Well [name's] on a project now that's sort of co-ordinating all that kind of information better, because I mean it is a lot through word of mouth but now there'll be sort of a central information bank where you can go...it's her that's given me a list of doulas that I can call when I get down there* (Town 4 -- 012).

Perinatal Resources in Communities without Maternity Services

Participants in this study experienced changes in prenatal and post-partum services, such as prenatal education. When prenatal education was not offered locally, alternative strategies included one-on-one educational support from the local public health nurse or trying to access services in a referral community.

> *Participant: And I just couldn't get in; there was just never a class. And there was one that was held in [referral community], and the weekend that it was held there was a...a snowstorm....It's hard to get into prenatal classes.*
> *Interviewer: So do you have to almost register as soon as you find out you're pregnant?*
> *Participant: Or a year before* (Town 1 -- Focus Group).

Those who did have access to pre (and post) natal support within their community recognized the value of community-based care through, for example, the La Leche League (an organization dedicated to the promotion of, and education around, breastfeeding).

> *So having La Leche was just incredibly supportive for the first, well they still are.... We were able to attend the prenatal classes you know. I was just able to be in my home where I was comfortable during a time that you know you don't want to be away from home and in a strange place* (Town 4 – 012).

There were a range of experiences expressed around the availability of post-partum care, the biggest challenge being availability of and access to public health nurses. Some women experienced a lack of local care during the immediate post-partum period. Those who did have access to local care in the post-partum period deemed this important support.

> *The public health nurse came by a week after I got home. She was my public health nurse with the first one 18 years ago. So she knew coming in that this was my fourth, but she was good. She always has been. And what she did was offer me that any time I wanted to check on his weight or had anything I wanted to discuss…she was more than happy for me to call her and ask her. I don't think that really happened the first time, because there were other services there, but it's almost like they're extending more and trying to compensate for the fact that there is a loss of services, because she was more than willing if I had anything I wanted to talk to her about, get his weight checked; I was worried about anything to not hesitate to call down to the health unit so that was really nice* (Town 1 -- 007).

Where to Give Birth?

Within a psychosocial context that gives rise to the desire for local birth, the experience of challenges to securing adequate and continuous care, and an understanding of the limitations to care based on local resources (including the absence of local Caesarean section capability for emergencies), women from small and isolated communities are faced with the decision of where to birth. For women from a growing number of communities, local birth is excluded from possible choices if the birth is to take place within the health system. For others without complications during their pregnancy, however, local birth may be an option. Women in this study incorporated the variables described above (desire, challenges and awareness of limited resources) into an understanding of their temperament, needs and family context in their decision making. Guiding this process was an interpretation of risk.

Considerations of Risk

For the most part, participants themselves had internalized an understanding of the risks involved and benefits accrued in staying in their community to give birth. When their assessment of the risks outweighed benefits in their thinking, participants elected to leave the community to give birth. One participant summarized the resource issues that were salient for her:

> *They don't have an…ICU…they don't have any of that type of stuff here in case something is wrong with her; they have to medivac her out and that just takes too long…the baby could be like dead by then* (Town 2 -- 002).

As this participant explained:

> *And anything could happen to her; she could end up dying and you know I didn't want any of that in case you know her lungs weren't developed or stuff like that. So I decided to have her in [referral community]* (Town 2 -- 002).

For many of the participants, the chance that they would have to be transferred out of the community during labour was not one they were willing to take. Concerns around transfer focussed on both physical and social concerns. The following participant felt the length of time of transfer between home and referral community was too long.

> *I sure as hell wouldn't want to be put in an ambulance or put on a helicopter ambulance [to be taken to the] hospital. No. So for me ... staying in [my community] personally, even if it was available to me, I wouldn't stay, because I just wouldn't want to be moved. And I don't trust the process of moving as somebody who I know, I think it was three hours from leaving [my community] hospital to arriving in [referral community] hospital. Well two and a half hours regular drive gets you there. So ... I'm not comfortable with the time frame they are working within getting us out of here* (Town 4 – 002)

Consideration of Social Risks
Another participant was more cognizant of the social disruption that would occur if she had to be transferred out during labour, specifically around the loss of a support system she would have established during labour.

> *Always in the back of my mind ... there's that I might need to go to [further referral community]. And that was something I really didn't want to do ... Like I just thought you know sort of the safety factor like ... in labour and all of sudden you've got to get packed up and you're going to somewhere, and it's all new again. You don't know the nurses even though they've been with you for sort of the last six or eight hours and it's kind of nice to see a friendly face* (Town 1 -- 011).

Ultimately, however, the fear most participants expressed around the possibility of intra-partum transfer concerned giving birth in a referral community — alone.

> *I've had a couple of friends here who've ... tried to deliver and have been flown off ... 10 centimetres dilated in a helicopter being told not to push and you know it's like what kind of crappy experience is that you know and she wasn't allowed to take her partner with her. So she went over by herself with this medical team that she didn't know and birthed this baby by C-section alone and I think that's just horrendous* (Town 2 -- 010).

Consent Form
Some of the research communities had developed a consent form for women considering local birth that conveys known potential risks associated with birthing without immediate access to Caesarean section capability. Although instituted as a mechanism for achieving informed consent, the consent form for local birth was, for many of the participants, the catalyst for their decision to leave the community to give birth. This was a consequence of both the medium through which the information was conveyed and the content. Many participants interpreted the act of being required to sign a form as a signal that what they were intended to do — birth in their local community — was beyond standard practice and thus required special acknowledgment. For many, this suggested that local birth was an inherently risky proposition. The women in our study felt the textual presentation of the information overwhelmed a more integrated sense of weighing risks and benefits that many of the women had hoped would be presented. One participant described the relationship between the consent form and her decision to leave the community.

> *I think most of [my decision to leave the community] was they made me sign a sheet here when I had decided on having her here, and it said so much like it says in case something happens you know we might not be able to get her out in time it takes an hour to get the medivac. I was just worried about her. Basically, I didn't care about the cost or the epidural I just didn't want anything really happening to her and it does take a long time and...you could need a C-section right away and you have to wait an hour, two hours like however long it takes. I didn't want to do that. Just in case it brought any harm to her* (Town 2 -- 002).

Influence of Care Providers

Almost all participants in this study conveyed an awareness of the influence care providers had in the decision of where, and how, to give birth in communities where local birth was an option. The women recognized this influence was based on the convergence of the need for their informed choice and consent based on available information. However, as with the consent form, women believed the presentation of risks of local birth prevented an acknowledgment or exploration of the benefits. The product of the necessary presentation of known risks without an acknowledgement of benefits was fear. As one participant said:

> *The doctors put out a lot of fear, especially if it's your first baby and they warn you of all the complications that could happen anywhere* (Town 2 – 010).

Sometimes the fear experienced by participants was a direct consequence of the statistical presentation of possible adverse outcomes. Many participants saw a link between such a presentation and coercion into a particular course of care (i.e., leaving the community). One participant noted:

> *Eighteen years ago my first C-section was here. She was, I had her and then the second one I was going to natural and I went to see a specialist about it and he gave me a one in 200 chance I think of going into labour and [having a] womb rupture. And I thought one in 200! No no no. [He] just set me up for the C-section* (Town 1 -- 007).

Others recognized how other women, if not themselves, would be vulnerable to what they perceived as the tactics of care providers using discussions of risk to sway women into specific treatment decisions.

> *And when I think of like young mums...I have a lot of experience. I have a lot of things I've learned along the way, just coping strategies that help me get to where I am and when I think of if I was 15 or 17 years old first of all being antagonized by the doctors you know and...I would even say as far as bullied. Using their professional opinions to really push it I mean I almost did change my mind and I'm a strong willed woman you know. I'm strong willed and very was very determined and I almost did change my mind* (Town 4 -- 006).

Decision to Deliver Away from Home
For the participants who decided to birth in a referral community, they had to also determine which community to deliver in. For most participants the decision was based on:

- where extended family or friends were located;
- the ability to secure adequate and affordable accommodation;
- the availability of technology;
- the reputation of the facility and care providers working within it, and
- the likelihood of securing a continuous relationship with a care provider during the childbearing year.

When family and community resources were located in the referral community, participants had an easier transition than when they were isolated from such supports. As one woman noted:

> *I lived in [referral community] for several years so I had lots of friends there…I know [referral community] very well so I never was really bored. I don't know how well I would have handled it if I had not been from [referral community]. You know I feel bad for a lot of women who go there, know nobody or have nowhere to stay. For me it was no question it was easy for us* (Town 2 -- 016).

After considering social resources, most women focussed their decision making on their knowledge or the reputation of care providers.

> *So I decided to have her in [referral community] 'cause…I heard that they have good doctors* (Town 2 – 002).

Implicit in the reputation of the care provider was whether or not he or she would be available throughout the course of pregnancy and during the time of birth. One woman referred to this likelihood as the "stability" of the community, and ranked it high among the characteristics that informed her decision.

> *Well first of all I had about three different doctors throughout the pregnancy and finally I moved down to one that was recommended to me in [the next community] thinking that because of the doctor situation it was…and it still really is, in a state of who's going to be there when I go into labour and what's you know going to happen here. I decided that I'd maybe go to [the next community] to do it 'cause it just seemed more stable* (Town 2 -- 010).

Also important for the women in this study, however, was the reputation of the referral hospital, information often forthcoming through the network of women in the community who had already given birth. Primary among variables considered was the perceived availability and helpfulness of the nursing staff and cleanliness of the hospital. Some

participants considered whether or not the hospital's policies and practices supported their needs in birth.

> *I wanted to go to [referral community]. The real reason I kind of picked that area was because I had a friend.... She started researching the hospitals, the policies and she wanted to be as free moving within her labour as possible and so she sought out [referral community] and that's why I went that route* (Town 4 -- 002).

Receiving Care in a Referral Community

Many participants received care outside their home community either due to the absence of local maternity care services, their ineligibility to access such services or their preference to give birth in a context that supported contingencies for emergencies. Regardless of the reason, this led to the reality of out-of-community care for many women. Below are thematic descriptions of care, experiences of the logistics of arranging care (specifically vis-à-vis children and partners) and the financial implications of leaving the community to give birth.

Experiences of Medical Care

Participants in this study conveyed a range of experiences of giving birth in referral communities. Overall, positive experiences were more qualitatively correlated with referral communities that were close to participants' home community, while negative experiences were likely to be reported when the distance between the local and referral community was substantial. Further attributes involved in a positive out-of-community experience included access to care providers in the referral communities. As one participant noted:

> *I'm really happy with how things are. At first I thought [referral community] would be quite a bit a way but really it wasn't that bad to like get back and forth. And whenever I needed to see [Doctor], I could easily get in like they always would squish you in. She's really good for that...just getting you in* (Town 1 -- 010).

Positive experiences were also related to the length of time spent away from home; the shorter the stay, the more likely it was that the experience would be positive. This may have, however, resulted in strategies to minimize time spent in the referral community including planning the date and time of birth through elective induction and scheduled Caesarean sections. One participant resorted to the former strategy to quell her anxiety about leaving her family and community for an extended period.

> *When we went down, I met a doctor. [Doctor] said: "OK. What can I do to help?" 'Cause I was really really upset at that point and I said: "If you can just give me a date to induce me and I'll just come down and you can induce me and I can go home"* (Town 4 -- 011).

Several others recounted considering an elective Caesarean section in the absence of medical indications. As one participant noted:

> *We even considered just a planned C-section so that we could know the dates, go down there the day before have the baby do the three, four days in the hospital and come home and forego a lot of this, but then you're looking at recovering from major surgery with a newborn and... a three year old so you know I just didn't want to go there so they're going to try it this way* (Town 4 -- 012).

For another participant, the decision to have an elective Caesarean section instead of attempting a vaginal birth after a previous Caesarean was motivated by the convenience a Caesarean section would afford.

> *Interviewer: So then you ended up having a C-section and you got pregnant with your second baby...*
> *Participant: I had just decided I was going to have a C-section with that one, because again the travel, the waiting, the hotel. This time, well she was going to be born in [referral community], but it was more convenient to be able to know when I had to go down* (Town 4 -- 004).

Another participant commented positively on the consequences of having a Caesarean section in relation to travel.

> *Like, again I worked until the day before I went down so... it was just a natural progression to go have a baby and come home. I was home in three days and... it was the third time around with Caesareans. I knew what to expect* (Town 4 -- 004).

For some participants, however, even access, timing and continuity did not compensate for the inescapable inconvenience of having to travel for care.

> *I did all [my prenatal visits] in [referral community]...It was [a hassle]. It most definitely was. The only way I could do it is I live here with Mom and Dad. My car is parked in the driveway not running, but so I mean I use their vehicles put gas in their car and go out there* (Town 1 -- 007).

Experience of Non-Medical Care

Many participants recognized that the non-medical aspects of choosing where to go and organizing their care in the referral community were limited for those with restricted financial and other resources. For the participants in this study with limited resources, actual choices were curtailed. One participant recognized this when she said:

> *And it's the poorer women that sort of suffer the most. Because... they're having to make the choice to stay up here; well it's not a choice for them. They're having to stay up here and then you know having to risk the mad dash down island just because they don't have the money to stay there. And they're away from all their support* (Town 4 -- 012).

Securing appropriate accommodation in referral communities was an issue for most participants, especially those with other children. Many lamented inadequate accommodations and noted how they led to increased stress and anxiety during the final phase of pregnancy. Many women expressed the wish — and need — for community-supported accommodation in referral communities.

> *I think it would be really nice ...probably top of my wish list would be have somewhere for women to go... 'cause I tell you when you're nine months pregnant and for me OK it was August and it was hot, and I was big and fat and I had two teenagers and...a one and a half year old you know to be stuck in a hotel room with these people — I would have killed somebody. I would've you know. But just to go and have somewhere where they can relax; the kids can go and watch TV, you can cook dinner...even just a couple, because really there's not that many women all going off at the same time to have a baby, but it would be really nice to see something like that for sure* (Town 2 -- 016).

Family Issues While Away

Parity, or the number of children a woman has had, was related to the level of stress she experienced around leaving the community to give birth. Many participants had this insight after having their first child away from home. As one noted:

> *With a second baby, I think it might be a little bit more difficult being away from home I think because we'd have to...figure out what we'd do with [daughter] in the meantime and being away from home is difficult* (Town 4 -- 005).

Those who experienced the birth of a subsequent child recognized the actual differences in experiences for them, their partner and the process of becoming a family.

> *And...it was such a different experience for him than with [daughter]. I mean, when we had [daughter] he could come to the hospital for two hours and leave the big kids with my mom and dad or his mom and dad and he could just come and watch a movie and hold the baby and you know do some bonding and this time it's been a bit of a longer process* (Town 4 -- 011).

Participants who already had other children had to deal with logistical arrangements regarding their care during the time leading up to the birth. When children stayed behind in the local community (usually due to school and other social commitments), arrangements for child care had to be made. Even when such arrangements were made, the effect of leaving a child behind was far reaching for most of the participants.

> *Interviewer: How did it go with [son] staying here?*
> *Participant: The most stressful night of my life.... That was the worst thing. Yeah and that's why I wanted to come home early* (Town 1 -- 010).

Conversely, when children accompanied their mothers or parents to the referral community for the birth, challenges were faced in meeting their physical and social needs.

> *[When you are in the referral community], there's just McDonald's and all that crappy food you end up eating, because who has the time to cook in a hotel room…we could only afford…a room so it had…two beds and a fridge. It didn't have a kitchen in it or anything like that…so the kids are down there; they're eating junk food; they're staying up to all hours of the night; they're all sleeping in one bed…there's nothing to do in a hotel room, so you're out entertaining them all day which is highly energetic and my poor husband's all alone in a hotel room with four children* (Town 4 -- 011).

In many instances, partners were not able to come to the referral community until the birth was imminent due to work commitments. This usually had negative implications for both the birthing woman and other children. One participant recounted the struggles she had to answer her toddlers' questions about why his father was not able to be with them.

> *And why Daddy's not there. And why he can't come home at night. I mean as it is now every day starting at about one o'clock he's asking what time it is and when is Dad going to get home. And that it's a big help for me as well 'cause after dinner Dad does take him, and they'll go outside or you know they'll go and do something and I'll have an hour or two…that me time is pretty important, and I'll be losing that being down island too and you know the final two weeks when you'd like it the most* (Town 4 -- 012).

When partners were able to accompany participants to the referral communities, however, other — usually financial — challenges were faced with direct implications on the experience of birth.

> *You know it's costing us money down here. My husband's not working, the kids are out of school. You know my mom has a life outside of mine, so there was all that kind of added stress as well worrying about that let alone like you said being 41, 42 weeks pregnant and being away* (Town 4 -- 002).

Most participants recognized the difficult situation their partners faced, trying to juggle the needs of an older child or children with the desire to connect with the new baby and support the new mother post-partum.

> *He had all this stress of waiting and not knowing what was going to happen and then having the kids there and trying to juggle bringing them to the hospital and finding something to do with them and having them awake at six and asleep at 11 o'clock at night, and tired and cranky and yeah, and you know all he wanted to do was come and sit in the hospital and hold the baby and he didn't really get to do that* (Town 4 -- 011).

Resentment at Needing to Leave Local Community

Beyond the arrangements and consideration of logistics, many participants in this study expressed the sense that having to leave the community to give birth was fundamentally wrong.

> *We are not supposed to be travelling all over the place to have babies and going driving down island at nine and a half months pregnant. That's a long drive to [referral community]– especially when you're pregnant* (Town 4 -- 011).

Financial Implications

All participants who left their home community to give birth commented on the financial implications of doing so. Costs incurred were not limited to transportation, food and accommodation, but included incidental costs such as phone calls back home and the desire to take advantage of the resources afforded by being in a city — resources that were often not available in their home community. One participant recalled the costs incurred in keeping her partner and family informed while she waited to give birth.

> *Oh yeah like all, of course, you call your boyfriend every day to tell him what's going on and your family and yeah I think we did over $200 on the phone bill just talking to everybody saying this is you know she's born and it was expensive that's for sure. It would have been more if we'd had to pay for the hotel room. 'Cause that's two weeks of hotel* (Town 2 -- 002).

One participant who did have access to financial resources suggested that even for her and her family, the costs were nearly prohibitive.

> *Just let me point out as a family that can afford to go down nobody can afford to go down, because they ask you to go two weeks prior to your due date and you know if you go over at all that's a large expense so even if you're able to afford it it's still stretching the budget so that's, you know. I always think that nobody can afford to go down island for three to four weeks in a two to four week period of time* (Town 4 -- 002).

Diminished Local Obstetrical Care

For many women in this study, the delivery of obstetrical care does not meet their needs. Unmet needs precipitated consequences for the women, for their current course of care, their choices for future pregnancies and for the larger community. One strategic consequence was the propensity for some women to exert control over the date of the birth of their child through elective induction and Caesarean section to minimize time spent in the referral community. Other consequences included having an unassisted home birth, or delaying childbearing and leaving the community to access better care. One participant, referred to the latter option.

> *I might move.... Which is a real sad statement. I wouldn't want to do it again....It's the pre-natal care....I think I would move...yeah I don't have a whole heck of a lot of faith in the medical system especially with some of the decisions that have been made locally* (Town 4 -- 006).

Another made the retrospective comment that she and her partner would not have had a child had they known there was no local access to care.

> *If we had known that we were going to have to go away...there's no way that we would have had another baby until they brought maternity care back to [my community]* (Town 4 -- 011).

A small minority of participants in this study talked of considering, hearing about or undertaking an unassisted home birth in their community. In contrast to those having unassisted births due to political or ideological motives, and within the context of other options, women in this study who undertook it did so out of a sense of the lack of alternatives. One participant recounted the experience of a friend.

> *Another friend of mine, it was her second child; low risk first time was no problem, she chose to stay up here and have a home birth. Her doctor refused to see her anymore when you know when she sort of expressed that to him so you know she's even more out on her own then. Then she's got a lack of maternity care just because the doctor's up here don't agree with...what her choice was* (Town 4 -- 012).

Long term, participants recognized systems level consequences to the lack of local care. Some commented on how the lack of access to local care precipitated relationships to care providers outside the community that would endure even if the local situation changed. One participant travelled outside the community to receive care from a registered midwife and noted that she would continue to do so in subsequent pregnancies due to the strong connection she had made with her.

> *I think if there was a midwife up here then...it would be hard 'cause I feel like now I've established this connection with my midwife and...I really enjoyed the experience of going down there...and I like the idea of the same person being involved in all my children's births...so now if there was a midwife up here it'd be a really hard choice. I'd be, I don't know. I probably I don't know* (Town 2 -- 012).

Likewise, this was the case for many other participants who established relationships with physicians in referral communities.

> *Quite honestly I'd stick with...like my doctor in [referral community]. I'd stick with her 'cause I just really like her. The doctors here, I'm not sure about quite honestly, so I wouldn't want to put myself in that position to be*

> *with them in the hospital here. But if my doctor did come here and say oh I'll meet you here or something then yeah definitely* (Town 1 -- 010).

Integrating Care

Women in this study had a clear sense of both the limitations of the current organization of care in meeting their obstetrical needs and the changes needed to have these needs met. Thematic among these changes was the desire for choice in care, specifically through access to midwifery care. Although there were no registered midwives in any of the study communities, many participants sought midwifery care in referral communities, sometimes starting with prenatal visits early in the pregnancy. Some participants who could not feasibly leave the community for care developed innovative alternative plans that attested to their level of commitment to midwifery care. For example, one participant attempted to recruit a midwife to her community.

> *But still I was determined just to have it at home, so I got a hold of a midwife and thought well OK. Actually, what I did first, I put my word out onto B.C. Midwifery Association. Is there anybody going on a holiday around [date] wanting to come to [my community] and I'd be willing to fund raise to pay for the trip to have somebody come here and birth my child* (Town 4 -- 006).

Women who did establish a relationship with a registered midwife in a referral community developed several strategies to mitigate the challenge of travelling to the referral community for prenatal care. These strategies included checking in by phone, extending the time between prenatal visits to five weeks instead of the standard four weeks, and arranging visit times that were conducive to travel schedules, such as on weekends. If early prenatal care was received within the local community, participants often faxed chart notes to their midwife. One participant summarized the strategies she employed.

> *You can talk on the phone or you can extend it from instead of once a week to every 10 days or that sort of thing. I mean I was able to incorporate it into another trip down island and that sort of thing so for me and because I'm one of the fortunate ones who can afford to go down island not that I think you can but you know what I mean like it's not, it's not impossible to do it right so I would just incorporate it into other things we were doing. You know, we'd go up to [referral community] for any holidays and she was wonderful. She would see us evenings and weekends so my husband was able to be a part of it, because he's in camp. He comes out on the weekends. He's gone, he leaves Monday morning like early 4:30 in the morning, and he comes back at 7Friday night so to be part of the whole process is impossible if you're seeing your GP[general practitioner] for your prenatal care* (Town 4 -- 002).

When participants did secure midwifery care outside of their community, they experienced a range of support from their local care providers, some of whom continued to be available for care and some of whom did not. One participant recounted the collaborative approach her local physician took in working with her midwife in the referral community.

> *[My doctor] supported [my choice to have a midwife]...he's from South Africa so that's how they got their training...through midwives.... They seemed to be fine that if something was happening and I needed to see somebody locally then they would consult, so they seemed to be quite fine with working with each other...but yeah so I did up until the five months and then once I made the move I made like completely made the move for all the prenatal, but still would see him if there was anything happening with, you know, like he was our family physician right* (Town 4 -- 002).

Others encountered resistance from their local providers to be available for prenatal care due to provincial funding arrangements that force a woman to either see a midwife or a physician, but not both for routine prenatal care.

> *I said well can I just come in for a checkup and he says no you can't, because once you start seeing a midwife they get all the funding to delivery... And I'm like what the hell is that? You mean to tell me that if I can't afford to go and take a trip you're not even going to make sure that everything is going OK? ...That's a real problem...when you have a desire to see a midwife...they're not willing to have a midwife up here. [I was] real pissed off about it obviously and then on top of that you are penalized, because you choose to have a midwife and you can't afford to keep going back and forth. So we're really in a pickle up here and I really experienced that* (Town 4 -- 006).

When collaborative care between local physicians and midwives in referral communities was not forthcoming, the consequence for some participants was a lack of prenatal care due to financial and logistical challenges in leaving the community, especially toward the end of pregnancy when the number of appointments increased. As one participant noted:

> *I was getting closer to my term and I was having to go every two weeks. It wasn't even every week yet, but it was coming up and I hadn't been to the doctor; I hadn't been to my midwife in quite some time 'cause I was really broke* (Town 4 -- 006).

Desire for Doulas

In addition to midwifery care, several women in this study noted their interest in doula care for both local birth and birth in referral communities. In the former instance, participants felt the extra support during labour would augment the nursing support which may or may not be continuous, depending on patient load. When birthing in referral communities, participants saw the advantage in having additional support.

> *We're looking at getting a doula, because depending on when I go into labour and where [my husband] is, you know, it could take him up to eight hours to get down there which could be too late so we're getting a doula so I won't be by myself* (Town 4 -- 012).

Issues Highlighted by Aboriginal and First Nations Women

Many Aboriginal and First Nations women participated in this research through interviews and focus groups. The importance of local birth conveyed through their narratives was striking in its richness and also in contrast to non-First Nations participants. The difference in experiences between the two groups lay in the importance of kinship and community ties. Although many non-First Nations participants had strong ties to their community and some had historical connections that were multi-generational, the interwoven nature of life experiences between the Aboriginal and First Nations participants and their immediate and extended family members set them apart.

> *Taking into account just the relationship that you create with somebody that is here rather than [in referral community] and then of course, obviously, the community support. That was huge for me, and it was in my experience, it was the most important and hence my decision. And there are just so many people that are here that have like, community effort. Our culture, our First Nations culture, is about community and all the supports* (Town 4 -- 006).

Emanating out of the importance of the community in birth was the desire among many Aboriginal and First Nations participants that their children be born on traditional land.

> *Yes because his heritage here. [Name] is half Tsimshian and half Haida and it was really important to have him on island where, you know, where his family is* (Town 2 -- 007).

Other observed differences between the experiences of Aboriginal and non-Aboriginal women were a product of the convergence of social determinants that had an impact on the experience of birth, including diminished financial resources and socially complex situations. Although rural Aboriginal and First Nations women receive financial support through travel subsidies when they need to leave their communities for medical care, including antenatal care, the support received is for the women alone and does not account for the costs associated with bringing — or leaving behind — family members, such as other children or parents. In some instances, this led to a sense of curtailed choices, the consequences being either leaving the community at 36 weeks for the referral community but returning before the birth of the child or total non-compliance with the recommendation to leave. The latter was the case for two participants in this study, one of whom planned a (professionally) unassisted home birth. She asked friends to attend the birth and provide support, one of whom turned to elders in the community for advice. At this point the elders were forthcoming with information on traditional practices that quelled the concerns of the support people.

> *Two people were really nervous. One of them was nervous enough she wasn't willing to take that risk and that was fine so she backed off and the other one was really nervous and she went and spoke with... some elders, some of her own like her teachers and some of the elders, and they shared with her some of the traditional practices of traditional midwifery you know before the doctors came. And so she said she was willing to take that as long as she*

> *trusted that I was telling the truth that I was feeling in really good health. So we went ahead with it we went ahead* (Town 4 -- 006).

The participant went on to deliver her child at home, without complications.

Summary

Birthing women who participated in this study conveyed an understanding of the realities of rural obstetrical care in a time of diminishing resources. These realities included a sense of stress related to women's uncertainties around the specifics of care, difficulties in securing a continuous care provider, and the financial implications of leaving their community for care. Further themes within the narratives included participants' recognition of the importance of birth in a community, their desire for local birth, a consciousness around risk and risk assessment, and recognition of their geography and the attendant consequences for access to care it precipitated. Many women in this study expressed a desire for midwifery care. Aboriginal participants articulated different challenges around access to care and the implications of lack of local access.

Removing birth from a community creates significant psychosocial consequences that are only tentatively understood, but likely to carry physiological implications for low-risk women, their babies and families. Further research on rural women's maternity care needs in disparate geographic environments and among diverse cultural, religious and social configurations will enhance our understanding of rural women's needs, as will investigations into specific aspects of care, such as the relationship between stress precipitated by the uncertainty surrounding the location and circumstances of birth for rural women and adverse outcomes such as pre-term labour.

8. DISCUSSION

In British Columbia, as across Canada, many rural birthing women and their families are besieged with the challenge of giving birth in a way that honours their needs (physiological and social), values and desires around their experiences. In a growing number of locations, planned local birth is not an option due to the coalescence of structural (health services) and social imperatives (small population). In other communities, once vibrant cultures of local birth are struggling to support women and families who wish to remain in the community in spite of the apparent systemic neglect of such services and the larger oversight of the importance of birth to the integrity of rural communities.

At first glance, health services researchers find themselves in the seemingly dubious position of suggesting that the trend in rural maternity health services delivery is in fact problematic. This is often met with protests by health authorities and centralized planners who point to efficient transfer protocols to secondary hospitals that are better able, surgically and professionally, to meet the needs of an array of contingencies birthing women and their infants may face. Combined with decreased birth rates in rural communities and improved road access, the current system of out migration, it is suggested, has a logic, coherence and efficiency to it.

However, we only need to probe a little further to see the fissures in the current arrangement of maternity service delivery to rural women to recognize the results of inattention and neglect to their needs, the needs of their families and the needs of care providers and administrators who endeavour to support them through their childbearing year. These fissures present themselves through data on adverse perinatal outcomes from communities that do not support local birth, regardless of where the women ultimately give birth (Nesbitt et al. 1990; Larimore and Davis 1995). They present themselves through the growing attrition rate of rural care providers willing to offer maternity service delivery that, when investigated even slightly, reveals the lack of attention to the foundation of our entire system of maternity care delivery (Rourke 1998; Hutten-Czapski 1999, 2002). And they are evident, perhaps, even through the declining birth rate in rural communities that may point to a loss in confidence of residents and the subsequent decision to delay childbearing or forego it altogether.

Where else might we find evidence to gain insight into this system in crisis? This has motivated the current investigation into rural women's experiences of maternity care within the context of the structural forces that are impinging on local service delivery. The investigation revealed a complex web of interaction between policy initiatives (or more accurately, a lacuna in policy planning), care providers' experiences and challenges, and the experiences of birthing women and their families. A coherent understanding of these experiences is the starting point for repairing the system.

The thematic presentation of our findings in this chapter challenges any doubts that our maternity care system is not in crisis by describing the salient attributes of the crisis. These attributes include interpretations of risk and the attendant need to move toward a risk–benefit analysis, the challenges of providing and receiving care in rural communities, the need for interdisciplinary models of care and the consequences of no local birth.

Challenges of Providing and Receiving Care in Rural Communities

Challenges in providing rural obstetrical care, such as recruitment of physicians, maintaining skills within a context of low volume and working toward sustainable call schedules, identified by participants in this study have all been addressed within British Columbia's policy literature. The NDP-commissioned *Dobbin Report* (Dobbin 1998) recognized the contradiction between the need for 24-hour on-call coverage in small communities and sustainable practice. *Standards of Accessibility* (B.C. Ministry of Health Services and Health Planning 2002) engaged critical mass theory to show that a community needs more than one physician to provide the services that need to be available at all times, including coverage for maternity care. In health services research, human resource needs are recognized as one of the leading concerns for achieving sustainable rural health care (Kirby 2002; Klein et al. 2002a). Difficulties in recruiting permanent medical staff to the communities we visited led to the reliance on locum care in many sites, a partial solution to sustainable health care that has significant implications on maternity care. Most locums, especially those on short placements, refuse or are reluctant to include maternity care within their scope of practice due to the lack of continuous relationships with individual women, their families, the community and specialists in referral centres. This lack of continuity — and the desire for such continuity — was the most clearly identified theme women in this study expressed. In some instances, their efforts to secure such continuity led them to seek care outside the community, care they maintained after their childbearing year, which defeated the overall intent of ensuring local access to care through locums.

The Need for Interdisciplinary Models of Care

The *Dobbin Report* posited that collaboration among colleagues positively impacts physicians' experiences as they have access to more support, a collegial atmosphere and fewer on-call duties. Physicians we spoke with who were practising in communities with active maternity services all participated in shared on-call with other physicians. Many, however, expressed willingness to work with midwives to enhance the care available to birthing women. These providers recognized midwives' potential contributions to an integrated system of local care and acknowledged their specialization in low-technology settings due to their training and practice in home birth. As noted earlier, there are no midwives working in any of the study communities we visited, reflecting a more general absence of midwives from rural communities in British Columbia. This is due to several factors including overall supply issues facing the profession, lack of appropriate infrastructure to practise and the difficulty in securing adequate remuneration in a fee-for-service model in light of low volume. Recognition of these issues, however, does not abnegate the need for practitioners and health services planners to respond to the desire that rural birthing women consistently expressed for access to midwifery care.

Consequences of No Local Birth

Participants in this study presented a cogent understanding of what is only footnoted in the academic and policy literature: the consequences of no local birthing services. Health care system consequences, such as women establishing and maintaining relationships with care

providers outside of the community, were discussed above. Other consequences had more serious implications for the childbearing women — and the health care system. Several women in each community spoke of the need for even the semblance of predictability over the circumstances of her birth due to the need to integrate her labour and delivery into the rhythm of her larger family life including children's school schedules and partner's vacation time. This led some participants to request both elective induction and Caesarean section.

The narratives of participants in this study suggested that rural women were motivated to consider asking for patient initiated elective Caesarean section to reduce time spent in referral communities and better enable scheduling. This clearly has significant physiological and health system implications, including costs. Although the topic is not well researched, current evidence suggests possible fiscal advantages in centralizing maternity care (Chaska et al. 1988). However, several health service researchers have begun to point out the deficiencies of existing cost analyses that ignore the downloading of costs to patients and communities. "In the economic analysis not only the direct costs of care but also the expenses (monetary and other costs) to the family should be considered"(Viisainen et al. 1994: 404). Beyond this is the transfer of costs from one region and system to another. Fiscal costs do not acknowledge the significant psychological and physiological costs to women.

Further consequences include women delaying childbearing until there are stable maternity care services available within the community, electing to move from the community altogether, and having unassisted home births. The latter option clearly carries significant consequences for the health of the birthing woman and her infant. Participants in this study who related experiences of having or hearing about unassisted births clearly saw few other options for their care.

Aboriginal and First Nations Women's Experiences

Rural Aboriginal women were not specifically targeted for recruitment to this study as we made the methodological decision to use communities as the unit of investigation. As a high proportion of rural women are Aboriginal and First Nations and many live off-reserve, we anticipated that this demographic would be captured through open recruiting, which was the case, and we did not disaggregate data collected through interviews with Aboriginal women and non-Aboriginal women. We recognized early on in the data collection that the experiences of rural Aboriginal and First Nations women might be different from the experiences of non-Aboriginal women. This was due to several things: the increased importance of kinship ties between women and members of their communities, especially around an event like the birth of a child, the socially complex life situation of many Aboriginal and First Nations women that puts them at increased risks for adverse health — and maternity — outcomes and the financial support available to First Nations women to mitigate some of the costs of travel and maintenance in referral communities (RCAP 1996). Based on the analysis of early data from this study, we recognized that the experiences of Aboriginal and First Nations women warranted a separate investigation incorporating a participatory methodology and community-based approach. Funding was applied for and received by CIHR's Community-Based Aboriginal Health Research program and this study is currently underway.

Risk in Rural Obstetrics

Risk is a foundational concept in obstetrics and has taken on cultural connotations which inform the attitudes and thinking of birthing women, care providers and policy makers. As presented in Chapter 3, systems of rural maternity care delivery are contingent on local physicians' abilities to screen and select uncomplicated births for local delivery and refer higher risk or complicated births away to larger, more specialized centres. The safety, efficacy and *logic* of a regionalized system of maternity care rest on the assumption that this, in fact, can be accomplished.

There is good evidence to support risk assessment in high-risk pregnancy situations, such as multiple gestation or pre-term labour. The assessment loses its predictive value when the biomedical characteristics of the pregnancy are uncomplicated as is the case in the majority of pregnancies in the population. This was recognized by many of the care providers we spoke with who were still active in offering maternity care. Many were quick to point out that although they incorporated biomedical criteria in to their assessment of a woman's suitability for local birth, they also included less quantifiable influences, such as her level of commitment to local birth, understanding of risks and benefits, openness to flexibility in responding to the actualities of her situation and the support system available to her. These, as well as less tangible insights into the situation, often gave rise to an intuitive sense that informed the overall approach to care.

This approach recognizes the major shortcoming of our traditional, largely biomedical, risk assessment: the neglect of psychosocial, cultural and affective dimensions of a woman's life that have an impact on her experience of labour and birth. Although an awareness of the importance of social dynamics and context surrounding birth is beginning to emerge, there is work to be done around conceptualizing further variables that may diminish or augment risk, such as commitment to a spiritual practice or the importance of a community support in a woman's life. LeFevre et al. (19889: 692) observed that obstetrical risk indices are usually developed in tertiary care obstetric centres and hypothesized: "Since traditional biomedical risk factors are less common in a primary care setting, it may be that socioeconomic and psychosocial factors are of relatively more value in this [rural practice] setting." Clearly, the differential social implications for urban and rural women of risk assessment are significant due to limited access to resources in rural environments should advanced diagnostic monitoring or interventions be necessary.

The care providers in this study had a clear sense of the challenges and importance of risk assessment inherent in rural practice. Those who felt local birth was unsafe and withdrew support for local maternity care services in efforts to diminish risk recognized themselves to then be increasingly vulnerable when attending the inevitable unanticipated local deliveries due to the loss of local birth service expertise. The only solution to this conundrum is to ensure all rural practitioners remain current in basic obstetrical skills and recognize maternity care as an integrated part of rural practice, even in communities that do not actively support local care.

Recalibrating the Balance

As noted above, the characteristics of pregnancy currently involved in risk assessment are largely restricted to biomedical determinants while social, psychological and spiritual ones are neglected. This limited perspective is based in part on our cultural proclivity toward things easily quantifiable which in turn leads to a neglect of comprehensive psycho-social inquiry. It further presents serious challenges to issues of informed choice about planned place of birth and consent. We have little understanding of the risks of leaving the community to give birth. We naturally assume that because increased technology and increased access to specialist care is available in referral communities it must be safer. This may not be true. Furthermore, women in this study identified real risks associated with travel or being transported to access care that they wanted to weigh into their decision making. Perhaps a more useful approach would be to frame the discussion to include both the positive characteristics and values of local birth as well as the risks and include a similarly balanced analysis for birth in the referral community of a woman's choice.

Women in this study had a lived, contextually rich understanding of the importance of community. Many had left urban environments to live out their ideals of family, community and commitment in a lifestyle based on social cohesion and reciprocity. Honouring both the importance of the local, social context of birth and the attendant benefits accrued to communities by local birth was prominent for many participants in this study. As with most insights, an understanding of the importance of community was forthcoming for women who had to leave the community. The disruption of social support that evacuation during or before childbirth precipitates underscores emerging biosocial literature on the importance of such support to birth outcomes (Tarkka and Paunonen 1996; Dahlberg et al. 1999; Melender and Lauri 2002).

The importance of birth to rural communities cannot be understated from both practical and philosophical perspectives. Klein et al. (2002a: 120) argued that when the centralization of maternity care occurs "without full appreciation for the consequences to the life of rural and small urban communities, serious unintended results can occur." The authors go on to suggest a cascade of adverse consequences for mothers and their babies, and the wider community when local birth is no longer an option, starting with women leaving the community to give birth and the attendant consequences of this (increased frequency of small, premature infants and maternal/newborn complications), which ultimately increase health care costs. The health human resources infrastructure begins to crumble leading to consequences in access to other services such as well-woman gynaecological care. Remaining physicians succumb to the stress of excessive on-calls and retire or relocate, leaving the community scrambling to find replacements. Ultimately, emergency and surgery services collapse, because of the dearth of available care providers for on-calls, making it difficult for businesses to recruit employees to the community. Many residents question the vibrancy and sustainability of the community and choose to relocate, if they can. Klein et al. (2002a: 121) concluded:

> The community itself becomes dysfunctional and unstable. Too late, it is realized that maternity and newborn care are lynchpins for sustainable communities, medically, socially and ultimately economically.

Many steps in this hypothetical trajectory were born out for the communities in this study. But what if, based on the needs and experiences of the care providers and women we spoke with, we recast the hypothetical trajectory to capture the consequences of the concerted effort of policy makers to support rural maternity care actively?

- Regional health authorities, supported by centralized planning, institute a comprehensive, inter-jurisdictionally consistent policy to support care providers and women in rural environments (including supporting the professional and remuneration needs of interdisciplinary care teams).

- Increasing numbers of care providers decide to reintroduce maternity care as part of their rural practice.

- Increasing numbers of women, motivated by the support of their care providers, decide to stay in their communities to give birth.

- Care providers' (physicians, nurses and midwives) skills and confidence increase, leading to positive outcomes.

- Recognizing the positive outcomes, obstetricians in regional referral centres become increasingly supportive of and available to physicians in rural communities, contributing to increased positive outcomes.

- Recognizing the vibrancy and logic of rural systems of maternity care, health authorities, centralized planners and professional associations decide to further support rural maternity care through training GPs to do Caesarean sections, provide anaesthesiology services and increasing midwives' scope of practice to include activities, such as vacuum extraction.

- Local maternity services become the focal point for burgeoning, local health services, which meet the needs of community members and define the community as a highly desirable place to live.

When local maternity services are recognized as the lodestar for the social and physical health of families and communities that they are, reallocating resources and energies to support them becomes not only a logical and sensible course of action but a moral imperative.

Creating Sustainable Rural Maternity Care Services

The consideration of rural participants' experiences of maternity care within the context of B.C. health policy reveals congruence between challenges policy makers have recognized and challenges care providers and women face. These include practitioner retention and recruitment, provider maintenance of skills and confidence in the context of low volumes of births, and the need for an effective regionalized maternity care system to support rural deliveries. Policy documents such as the Seaton report intimate that lack of local care may

be associated with emotional and financial stress, family instability and marital instability during pregnancy, which may increase the risk of premature low birth weight babies. These intimations are consistent with the literature from rural studies in the United States (Larimore and Davis 1995; Nesbitt et al. 1997). Transporting and caring for premature infants in neonatal intensive care units is expensive, and if previous evidence is born out in contemporary rural Canada, there is likely to be a strong fiscal and quality-of-care imperative to re-establish and sustain rural maternity care services in the near future. It is likely to be less disruptive to maintain those we still have than face resurrecting or renewing services in the coming years.

It has been pointed out by leaders of the Society of Rural Physicians of Canada that it is not that anyone is determined to dismantle the systems of rural care but rather that there is a lack of the active support needed to maintain them. We need a comprehensive strategic plan and policy for rural maternity care rather than a system of piecemeal decision making in response to critical incidents or ad hoc fiscal or administrative imperatives.

Relocating rural women to regional referral centres for labour and delivery is at best only a short-term solution, as the issues that have contributed to destabilizing local maternity care in the peripheral communities will, in turn, destabilize small regional facilities. In British Columbia, we already have instances were large regional centres are unable to maintain obstetrical services for short periods of time due to staffing problems.

We need to revisit the standards of access to services written for rural British Columbia. A two-hour standard based on air travel for access to maternity services, if applied with enthusiasm, would close most of the small rural maternity services in rural British Columbia. Rural parturient women will not be getting into small planes to fly to the nearest referral hospital. They will be driving through mountainous, seasonally very challenging, road conditions and they will be birthing en route.

Finally, a sustainable rural maternity care system requires a cultural acceptance of risk as a comprehensive, multi-dimensional phenomenon that is both general across culture, class and geography, and is specific to individuals. Understandings of risk must be both an embodiment of the likelihood of a multiplicity of biomedical, physiological, social, psychological and spiritual outcomes in light of the evidence *and* an acknowledgment of the inherent uncertainty of birth and life including an appreciation of the ambiguity they bring. Until we step away from efforts to control for every possible biomedical contingency, recognize the complexity of influences on birth outcomes, and celebrate chance as part of the mystery of life, we will be compelled to create systems of care that address physiological, but overlook psychosocial and spiritual needs.

9. RECOMMENDATIONS

The working recommendations outlined below arise from the results of the current research and the reviews of the epidemiological and policy literature presented in chapters 2, 3 and 4. We took an original set of recommendations elicited from this comprehensive review back to research participants in three of the four study sites and have now incorporated their feedback to develop the following list of recommendations. This process of member-checking[17] was invaluable for the verification, refinement and addition of ideas contained in our analysis of the data. As chapters 3 and 4 illuminate, despite the specific geographic focus of this study, the findings and recommendations are relevant to other Canadian jurisdictions experiencing similar challenges to the provision of rural maternity care services.

The results of this comprehensive review make evident the need for an ongoing organized and systematic trans-disciplinary program of research on rural maternity care. This will provide the evidence needed to address the key questions that will inform new initiatives or changes in existing policy directions. The organizing questions are:

- What are the barriers to sustainable rural maternity care?

- How can we address these barriers through policy and practice?

These questions also provide a focus for specific recommendations pertaining to health systems and care provider issues. The recommendations presented below are based on the following six guiding principles for rural maternity care service delivery.

Guiding Principles

Maternity care health services should:

- meet the needs of rural women and families;
- meet the needs of rural maternity care practitioners by providing incentives and support that appropriately acknowledge the level of responsibility they carry and the skills they need;
- be structured based on numbers of birthing women, travel time and parity of the population within a community or catchment area;
- implement and evaluate new models of care supporting inter-professional collaborative practice;
- encourage more multi-disciplinary research into the safety and effectiveness of rural maternity care; and
- be recognized as an index service within the community with implications on the availability of other health services (e.g., well-woman gynecological care).

Suggested Recommendations

Community Partnership

1. Establish and maintain a participatory process to generate solutions in partnership with rural communities including care providers, administrators, women, families and other community members.
   - Integrate the participation of women and other community members with providers and planners through community forums.

2. Facilitate a community process to acknowledge and accept the risks associated with birthing in rural communities.

Health Care System Issues

3. Establish and sustain maternity care services in rural communities based on numbers and parity of birthing women and the evidence for optimal population outcomes.
   - Acknowledge the degree of isolation, transport issues, the social context of community and economic efficiencies.

4. Develop support for women who must leave their communities to give birth through:
   - appropriate accommodation for women and their support system in referral communities;
   - recognition of the importance of social support for women leaving their communities (funding for multiple escorts based on needs criteria, e.g., nulliparity);
   - funding support for non-First Nations women who must leave their communities to birth due to pregnancy complications or lack of local access; and
   - ensuring there are Aboriginal liaison workers at referral hospitals.

5. Models of remuneration:
   - Recognize the increased responsibilities of rural practice (lack of local consultant backup).
   - Refine funding to create parity between GPs and midwives.
   - Differentiate payments according to parity (increased monetary support for nullip and VBAC deliveries) *or* funding based on length of active labour.

6. Continuous transparent process of monitoring outcomes by establishing and maintaining an open process of feedback regarding outcomes at hospitals, and at catchment, regional and provincial levels.

7. Optimize use of available technology in rural settings by establishing criteria for evaluating and applying technology to rural settings (e.g., ultrasound technology/teleradiology vs. sending women to referral communities for routine ultrasounds).

Service Delivery Issues

8. Establish new models of collaborative practice.
   - Identify barriers to inter-professional clinical collaboration (e.g., midwives/GPs – home births) recognizing that midwifery in British Columbia is based on the principle of autonomous practice.
   - Pilot-test new collaborative practice models.

9. Ensure accessibility of prenatal care for rural women.
   - Remove barriers to collaborative, interdisciplinary prenatal care (e.g., restrictions on shared care between midwives and GPs).
   - Explore innovative models of prenatal care and education (e.g., group visits).

10. Ensure rural women can access prenatal education recognizing the importance of prenatal education in the planning process around rural delivery and the challenges of providing prenatal education faced by rural communities

Provider Issues

11. General practitioner surgeons and anesthetists should be supported through policy initiatives recognizing their value and contribution to rural communities through a system of training and skill maintenance, certification and regulation, and infrastructure support.

12. Provide continuous professional development for local caregivers (on site) — interdisciplinary workshops.
    - Develop a formula for maintenance of maternity care skills for rural providers (e.g., identifying the need for refresher courses based on number of days since last delivery).[18]

13. Recognize the importance of community support for parturient women during the childbearing year through doula training programs and the acknowledgment of the contribution of informal labour support.

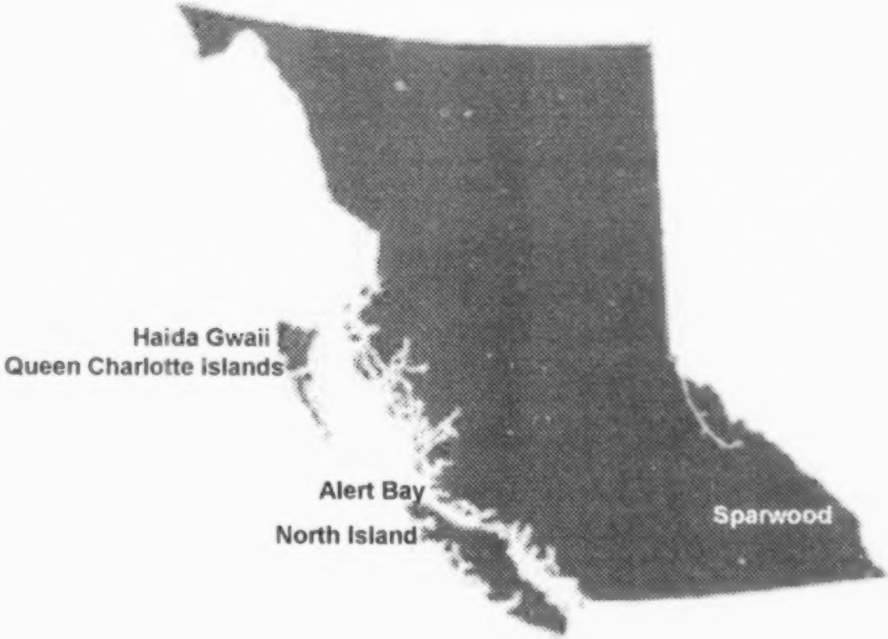
14. Work with regulatory and training bodies (CPS, CMBC and SOGC) to actualize the contribution midwives can make to rural maternity care.

Further Research

15. Involve representatives from all community groups (administrators, care providers, consumers and others) in research pertaining to local service delivery through an authentic participatory process.
    - Specific topics we need to know more about include the efficacy and safety of GP surgeons undertaking Caesarean sections and other models of care provision.
    - Establish more effective methods of implementing and disseminating results of research and current understandings of best practices with rural communities.

16. Reassess the efficacy of risk assessment when applied to rural environments to include a consideration of psychosocial characteristics that mitigate or contribute to risk in the assessment, and consider other possible variables that weight into an equation of risk–benefits.

APPENDIX A: MAP OF FOUR STUDY SITES



APPENDIX B: COMMUNITY PROFILES

Alert Bay, British Columbia

Community Information

The history of Alert Bay dates back almost two hundred years. On initial discovery of the small island, a thriving fishing industry developed. Access to the sea was easy and the Bay provided shelter for fishers and their families. A thriving canning industry soon developed. As Alert Bay quickly grew, a school and community were established to house the many families involved with the fishing industry; included among these families were many First Nations people. In the mid-1880s, a sawmill was built and employed mostly First Nations men. In the late 1880s a residential school was built primarily to teach carpentry, furniture making, boat building, animal husbandry and regular academic school work, to Aboriginal boys. By the early 1990s, both fishing and forestry were dominant industries on Cormorant Island. Alert Bay had also become a thriving community; the central hub from Campbell River to the head of Vancouver Island, and the site of the only hospital for the whole of the North Island.

Today Alert Bay is a very different place. Alert Bay is home to 583 people (Statistics Canada 2001). It is a small fishing community only accessed via a 45 minute ferry ride from Port McNeill. Alert Bay is home to the 'Namgis (or Nimpkish) First Nations. The 'Namgis formerly used the Island as burial grounds and as a seasonal home. While residents do fish in Alert Bay, the industry has changed drastically from its booming days of the 1880s. The canning industry no longer exists, and fishers provide stock to small, family-based businesses. Forestry also no longer functions as an industry in Alert Bay. Economically, Alert Bay struggles relying on a fledgling tourist industry.

Despite the economic hardships of Alert Bay, the 'Namgis First Nations Band is organized and thriving. A beautiful cultural centre has been built and displays a large collection of artifacts and a detailed description of both the history of the area and the band. The former residential school has also been transformed and is now used as a congregation spot for social and recreational activities. A strong sense of place and commitment to place is emphasized by all Alert Bay residents. As local birthing capacity no longer exists on the Island, many residents are negatively impacted by the inability to deliver their babies at home. While travel to the neighbouring Port McNeill may not be an economic hardship to some parturient women and their families as the trip is paid for by the 'Namgis Band, the social consequences of not having the ability to deliver their children in Alert Bay is very difficult for some mothers. While the relative isolation of Cormorant Island prevents several of the local physicians and nurses from feeling safe providing labour and delivery services to women, there is conflict among most professionals about the complete withdrawal of maternity care from the Island due to the importance of local birth for First Nations women.

Health and Health Care

Alert Bay is part of Local Health Area 85 (Vancouver Island North) within the larger Vancouver Island Health Authority (VIHA). In 1909, St. George's Hospital was the first hospital built for the North Island. In 2002, the Cormorant Island Community Health Care

Centre was built to replace this older structure. The newer 14-bed facility (four acute care and ten multi-level care beds) did not include a labour and delivery room. A local physician fought to have oxygen installed in the physiotherapy room so the room could serve a dual function for both physiotherapy and labour and delivery patients. The Cormorant Island Community Health Care Centre serves the population of Cormorant Island, Malcolm Island and small towns on the mainland. There is one Health Centre on the Island ('Namgis Health Centre). At the time of data collection (July 2003) there were three physicians in the community, however, one was expected to depart at the end of August 2003 leaving only two full-time physicians.

Labour and Delivery

In May 2003, the VIHA suspended labour and delivery services in the whole of the Mount Waddington area (including communities of Alert Bay, Port McNeill and Port Alice).

Table 2: Location of Births to Alert Bay Residents

Year	Local Delivery	Referral Centre Delivery	Grand Total
1996-1997			
1997-1998	5 (+1 in Port McNeill)	0	7
1998-1999	3	2	5
1999-2000	6	10	16
2000-2001	3 (+1 in Port McNeill)	19	23
2001-2002	5	11	16

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.
Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

Sparwood/Elkford, British Columbia

Community Information

Sparwood is located in the Elk Valley, at the south-eastern corner of British Columbia, 18 km from the Alberta border. The District of Sparwood was incorporated under British Columbia's Instant Town Legislation October 6, 1964. At the heart of the Elk Valley, Sparwood developed from three existing town sites: Michel, Natal and Sparwood. While all three town sites were surrounded by coal mines, Sparwood was the furthest removed making it the least affected by air pollution caused by coal dust. By late 1966, Michel and Natal were devastated by coal dust, which resulted in the elimination of each as communities and the subsequent expansion of Sparwood. In 2001, Sparwood had a population of 3, 812. Thirty kilometres east of Sparwood, Elkford has a population of 2,589 (Statistics Canada 2001).

Sparwood and the surrounding area have always been dominated by resource extraction activities. The Sparwood Basin contains the largest reserves of high-quality coal in British Columbia, and as the dominant industry, over 80 percent of the population works in the mining sector. Despite the global economy placing intense pressure on Canadian coal extraction companies, Sparwood has fared amazingly well. Increases in production, the

lack of layoffs and strike actions, and rising home prices have all been characteristic of the Sparwood economy over the past five years. This good fortune has assisted the overall well-being of Sparwood residents.

The annual average family income for Sparwood residents is $62,521, which is considerably higher than the annual average family income for British Columbia residents at only $52,840 (Statistics Canada 2001). The average income for married residents is even higher at $66,307; again considerably higher than the British Columbia average for married residents of only $60,278 (Statistics Canada 2001). As over 75 percent of the Sparwood population is married, this finding is significant.

Due to the uncharacteristically high wages of Sparwood residents in comparison to British Columbia standards, and due to the upbeat nature of the local economy, most Sparwood residents did not feel commuting to outside towns to seek maternity care services was stressful. The town of Fernie, British Columbia where the majority of Sparwood residents access maternity care services is only 30 km away from Sparwood. Most Sparwood families own two vehicles and find the short drive to the neighbouring town is not a burden. The cost of gas, or even the potential to have to purchase lunch while out of town did not seem to bother most Sparwood residents as, economically, the majority of townsfolk were doing well.

Unlike the majority of resource-based towns in British Columbia, the economy and dominance of the coal industry in Sparwood has been a positive attribute. As such, the majority of local residents did not seem to be inconvenienced by the short distance needed to travel to access health services, including maternity care services, for prenatal, labour and delivery, and postnatal care.

Health Care

Sparwood is in LHA 1 (Fernie), within the larger Interior Health Authority. Sparwood Hospital and Health Care Centre was established in 1978. Once a 27-bed hospital, it was downgraded 10 or 12 years ago to a 12-bed hospital. It was at this time that the operating room was closed. In May 2002, acute care beds and emergency room hours were further reduced, as were lab and X-ray services. Sparwood Hospital and Health Care Centre is now only open Monday through Friday from noon until 10:00 PM, and Saturday and Sunday from noon until 7:30 PM, with no after hours on call on Tuesdays, Wednesdays and Thursdays. At the time of the data collection, there were two RNs, one LPN and three physicians, as well as two public health nurses (one full-time in Sparwood, and one part-time in Elkford). There is one medical centre and one health unit in Sparwood. Referrals of Sparwood-Elkford maternity patients are to Fernie (20 minute drive), Calgary, Alberta (239 km), Lethbridge (178 km) and Cranbrook (125 km). There are two ambulances in Sparwood which are centrally dispatched from Kamloops, but volunteer staff are not always available.

Elkford has a small health centre that operates only during the day. All emergencies are transferred to Sparwood (30 km away). Maternity care services have been taken care of by the physicians in Sparwood for the past 15 years, and Elkford residents were accustomed to travelling 30 minutes to Sparwood to deliver their babies. Elkford residents are now finding

it difficult to travel the extra 30 kilometres past Sparwood to Fernie to deliver their babies, especially in winter driving conditions.

Labour and Delivery

Obstetrical services were discontinued in 2002. Before, low-risk deliveries were performed at the Sparwood General Hospital. Key informants spoke of the issue of an aging population in Sparwood, and the resulting decrease in the number of births. One key informant said there used to be 130 births a year in Sparwood, and 80 a year in Fernie, but that now there are only 50 births a year in Fernie for the entire Elk Valley.

Table 3: Location of Births to Sparwood Residents

Years	Local Delivery (Sparwood General)	Referral Centre Delivery	Grand Total
1997-1998	24	28	52
1998-1999	17	28	45
1999-2000	14	26	40
2000-2001	12	23	35
2001-2002	14	21	35

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.

Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

Table 4: Location of Births to Elkford Residents

Years	Local Delivery (Sparwood General)	Referral Centre Delivery	Grand Total
1997-1998	9	19	28
1998-1999	7	29	36
1999-2000	5	21	26
2000-2001	2	13	15
2001-2002	2	25	27

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.

Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

The Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii

Community Information

The Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii consists of about 150 islands, the two largest being Graham Island to the north and Moresby Island to the south separated by the very narrow Skidegate Channel, traversed by a 20-minute ferry ride. The Queen Charlotte Islands are situated off the northwest coast of British Columbia, about 100 km from Prince Rupert, and located on the Inside Passage ocean highway serving ships travelling from Vancouver to Alaska. Ancestral home to the Haida people for over 10,000 years, Haida culture and language are still very much a part of the Islands' identity. The Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii have a population of over 5,500 people. Queen Charlotte City (population 1,045) is

the main administrative centre. Sandspit (population 460) is the site of the original airport. Skidegate (population 743) and Old Massett (population 707) are the two Haida villages. Masset (population 926) is the main northern community, and Port Clements (population 516) is another main community (population statistics: Statistics Canada 2001). The main industries on the Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii are logging, fishing and tourism. The Islands can be accessed with daily flights from Vancouver or Prince Rupert to Sandspit. Daily ferries also run from Price Rupert to Skidegate (approximately 7.5 hours). Ferries run three times per week in winter season and may be cancelled in heavy weather conditions.

Health Care

The Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii are part of LHA 50 (Queen Charlotte) within the larger Northern Health Authority. Queen Charlotte Islands General Hospital runs two sites: one in Queen Charlotte City (catchment area 3,000, serving the southern communities) and the Massett site that serves the northern communities. Physicians travel from the Queen Charlotte City site to Sandspit and Skidegate once a week. The Queen Charlotte site is a 17-bed (nine acute and eight continuing) facility. Massett-site physicians travel to Old Massett and Port Clements once a week. It is an eight-bed (four acute and four continuing) facility. Visiting consultants include general surgery, ear, nose and throat, urology, orthopedic, pediatrics, dermatology, cardiology, and psychiatry. There are three full-time equivalent physicians for the Queen Charlotte City site (shared practice: one full-time, four shared) and three full-time equivalent physicians for the Massett site. During data collection (June 2003), there was only one full-time physician at the Massett site, and two vacant positions being filled by locums. There were also three certified doulas on the Islands.

Air ambulance transfers to secondary or tertiary centres usually take about one or two hours (to Prince Rupert).

Labour and Delivery

At the time of the data collection (June 2003), there was a suspension on all labour and delivery services at the Massett site. Low-risk deliveries were still taking placing at the Queen Charlotte City site.

Table 5: Location of Births to Residents of the Queen Charlotte Islands

Year	Local Delivery (Queen Charlotte City site)	Referral Centre Delivery	Grand Total
1996-1997		1	1
1997-1998	23	37	60
1998-1999	34	30	64
1999-2000	23	39	62
2000-2001	22	52	74
2001-2002	15	45	60

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.

Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

North Island (Port Hardy and Port McNeill, British Columbia)

Community Information
The North Island is made up of 16 small towns on the northern tip of Vancouver Island at the terminus of Highway 19. Port Hardy and Port McNeill were the two towns in the North Island that were chosen for inclusion in our study as they were the only two towns where local birthing capacity has ever existed (with the exception of Alert Bay which was written up separately).

Port Hardy is the largest community on the North Island with a population in 2001 of 4,574 (Statistics Canada 2001). Port Hardy was incorporated in 1966 and has the largest business community north of Campbell River due to its strategic location at the crossroads of air, ferry, highway and marine transportation networks. The economy of Port Hardy serves the mid-coast of Bella Bella, Prince Rupert, Bella Coola, Klemtu and Shearwater. The economy in Port Hardy is based on fishing (aquaculture, shellfish operations, seafood processing, and commercial and sport fishing); forestry, mining and tourism also play important roles.

Due to the resource-based nature of the Port Hardy economy, a significant portion of the working population is employed in one of the major resource sectors. This leaves the local economy vulnerable to the fluctuating forces of the global economy. In the recent past, temporary mill and mine closures, violent and lengthy strike actions, and a general sense of unstableness has dominated the lives of families employed in the resource industries. The boom and bust nature typical of resource sector driven economies has left many families uncertain of the future.

Port McNeill is the second largest town in the North Island. In February 1966, Port McNeill was the first town to be incorporated under the new Canadian Constitution. It was incorporated with a population of only 485 residents and has grown considerably into the existing population of 2,871. (Statistics Canada 2001) Prime employers in Port McNeill are Weyerhaeuser Limited, Western Forest Products, Canadian Forest Products Ltd, TimberWest, Interfor Products Ltd. and LeMare Lake Logging along with numerous smaller contracting companies making forestry the dominant local industry. Two million hectares of forested land are administered out of Port McNeill and this rich forest resource base provides a tremendous supply of timber, approximately eight percent of the total provincial harvest.

Fishing and tourism industries are also well supported in Port McNeill. As the centre of aquaculture activity on northern Vancouver Island, related fishing activities, such as salmon processing (Beaver Cove) and the construction of net pens and floats occupy local fishers. Tourism developments have been aided by the prime harbour facility and sport and commercial fishing opportunities.

Despite its diverse nature, the local economy is still struggling to keep afloat. Forestry opportunities, once dominant in town, are fledgling due to fluctuating global prices and strife between union workers and management. Strikes, layoffs, and periodic mill closures have been common occurrences within the forestry industry and have caused significant

stress and pressure for Port McNeill families. Tourism dollars are beneficial to the local economy, yet are unreliable.

In May 2003, local birth capacity was removed from Port Hardy and Port McNeill when the B.C. government instituted a temporary moratorium on birthing for the entire North Island. Now all women from the North Island must travel outside of their communities to deliver their babies, and in some cases, must also travel away from their home towns to seek prenatal and postnatal care. The economic cost associated with having to travel out of town for care is prohibitive to most families. The cost of staying in a non-local town throughout the duration of their birth experience is also prohibitive to most families. Due to the financial hardship of most families engaged with resource industries in the North Island, women are making decisions about the size of their families based on the prohibitive costs associated with having to travel outside of town for care.

Health Care

Port Hardy is a part of LHA 85 (Vancouver Island North), along with Port McNeill, Port Alice, Alert Bay, Sullivan Bay and Kingcome Inlet, within the larger Vancouer Island Health Authority. Port Hardy Hospital provides the North Island region with laboratory, ultrasound, radiology, fluoroscopy, X-ray and physiotherapy services. It is a 12-bed acute care facility, servicing Port Hardy and another 2,000 people in the nearby rural areas of Coal Harbour, Holberg, Winter Harbour, Quatsino, Kwakiutl and Gwa'sala-'Nakwaxda'xw First Nations.

There are two medical clinics and a public health unit in Port Hardy, and two dental clinics. There are two ambulances on-call 24 hours a day. Referrals are to Campbell River (235 km, 2.5 hours), Comox (282 km, 3.5 hours), Nanaimo (400 km, 4 hours) and Victoria (500 km, 5 hours).

Port McNeill is also a part of LHA 85 within the larger VIHA. Port McNeill and District Hospital was established in 1979. It is a 10-bed acute care (nine medical/surgical beds and one maternity bed) facility servicing Port McNeill and about another 5,000 people from the neighbouring communities of Sointula, Telegraph Cove, Woss, Zebellow, Tasis, Gold River, Sayward, Hyde Creek and Echo Bay. Specialists, such as pediatrics, surgery, gynecology and orthopedics, visit several times a month. There are two RNs and five full-time equivalents, and one part time physician working out of the single clinic. Travelling by helicopter, local physcicans visit the surrounding communities of Rivers Inlet, Zeballos, Sointula and Woss.

Labour and Delivery

In May 2003, a moratorium on birthing in North Island was declared. This moratorium affects the whole Mount Waddington Regional District (including communities of Alert Bay, Port McNeill and Port Alice).

Table 6: Location of Births to Port Hardy Residents

Year	Local Delivery	Referral Centre Delivery	Grand Total
1996-1997	0	1	1
1997-1998	37 (+ 1 in Port McNeill)	9	47
1998-1999	26	14	40
1999-2000	17 (+1 in Port McNeill)	38	56
2000-2001	15 (+3 in Port McNeill)	69	87
2001-2002	18 (+7 in Port McNeill)	66	91

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.

Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

Table 7: Location of Births to Port McNeill Residents

Year	Local Delivery	Referral Centre Delivery	Grand Total
1996-1997			
1997-1998	3	8	11
1998-1999	7	7	14
1999-2000	3	20	23
2000-2001	11	32	43
2001-2002	13	38	51

Note:
*Please note the fiscal years before 2000-2001 do not contain data from all hospitals in British Columbia.

Source: B.C. Reproductive Care Program (2003).

APPENDIX C: POLICY AND REPORTS INTEGRAL TO THE REGIONALIZATION OF HEALTH CARE SERVICES IN BRITISH COLUMBIA SINCE 1990

Government/ Commission	*Overview*	*Key Themes*
Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs - 1991		
British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs (Seaton Commission)	Found that health care was disorganized and suffered from a lack of short-term and long-term planning. • Reforms were ad hoc, and did not look to the future. • Policy makers were alienated from patients' experiences. • Mechanisms of accountability and reporting were poor. • Difficult to assess performance.	Central recommendation to provide a quality health care system that is easily accessible in proximity to an individual's residence — "closer to home." The rationale was based on two assumptions: • Decentralized services are attuned to communities' unique needs, and resources are directed to areas according to where they will be most productive. • Individuals are able to access services in a proximal location. Travelling will not propound a patient's health condition.
New Directions for a Healthy British Columbia - 1993		
New Democratic Party (NDP)	Envisioned increased management and delivery of health services within homes, communities and regions. • Two mechanisms are suggested for regionalization: community health councils and regional health boards; 102 councils and boards are created designed to facilitate community involvement and provide a range of health services appropriate to the area in terms of demographics and geography.	Intended to preserve and enhance the quality of British Columbians' health by enabling action on the individual and community levels. It formed the basis for an extensive regionalization plan used by the NDP Government to realize its vision for highly decentralized health care services delivery.
Report of the Regionalization Assessment Team - 1996		
New Democratic Party-appointed commission	The Minister of Health temporarily suspended the regionalization process, and commissioned the report in an effort to gather more information about the implications of regionalization. The report supported regionalizing health services, but recommended altering the existing plan.	A uniform approach to regionalizing health services was inappropriate due to British Columbia's geographic and demographic diversity. To make the philosophy of *Closer to Home* function, a different approach to regionalization was needed to clarify the roles and responsibilities of health care administrators and facilitate co-operation among providers.
Better Teamwork, Better Care: Putting Services for People First - 1996		
New Democratic Party	Reorganizes the health care system in a more streamlined way that focusses on management and administration. The plan changes the number of RHBs and CHCs from 102 to 45 (11 RHBs and 34 CHCs), but intends to preserve patient flows and service availability.	To make the philosophy of *Closer to Home* work, the Ministry needed to determine the functions of administrative bodies so their operations could focus on providing a health care system rather than engaging in bureaucratic struggles.

Government/ Commission	*Overview*	*Key Themes*
Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services - 1998		
Auditor General for British Columbia	Examines the regionalization process put in place by the Ministry of Health.	Formal governance and accountability mechanisms are essential to the process of health care regionalization.
Accountability Framework for British Columbia Health Authorities - 1998		
New Democratic Party	Establishes the roles and responsibilities of health authorities in British Columbia in relation to the Ministry of Health.	The regionalization process accords autonomy to health regions, but they become accountable as a result.
Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System - 2001		
Legislative Assembly's Select Standing Committee on Health	The Committee recommended a more basic regionalized structure than the model put in place by *Better Teamwork, Better Care*. The Committee posited that this structure needed to give more consideration to geography and patterns of referring patients when creating boundaries.	The Committee's proposals and recommendations focus on three main themes: the sustainability of British Columbia's health care system, potential measures to improve and better manage health care services and costs, and actions to maintain and improve health services in British Columbia.
The Picture of Health: How We are Modernizing British Columbia's Health Care System - 2002		
B.C. Liberal	Implemented a more centralized plan of regionalization based on six health authorities: one provincial and five regional.	Argued that the previous, highly decentralized health care system was characterized by insufficient attention to patient care, poor planning and objectives, low accountability and inappropriate fiscal management. Advocates co-ordinated care delivery systems centralized in multiple areas throughout the province. This regionalization plan created fewer jurisdictions. Health regions encompassed significantly larger areas.
Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities - 2002		
B.C. Liberal	Outlines the criteria that health authorities must use to rationalize the acute care services they offer. Health authorities must be able to justify that the acute care services offered within their regions match their population's numbers and health care needs.	Quality and accessibility must be maintained, but administrators should also be mindful of limited resources so the framework of regionalization functions efficiently.

APPENDIX D: SUMMARY OF STATISTICAL COMMUNITY PROFILE WORK

	North Island - Port Hardy	North Island - Port McNeill	Alert Bay	Sparwood	Haida Gwaii
Size (km^2)	40.8	7.74	1.82	17.7	9940
Population	4,514	2,828	583	3,812	~ 5,000
Catchment	Quatsino Winter Harbour Coal Harbour Holburg	Sointula Telegraph Cover Woss Zebellos Tasis Gold River Sayward Hyde Creek Echo Bay	Alert Bay	Sparwood Elkford	Tlell Port Clements Old Massett Queen Charlotte City Skigegate Sandspit
Distance to hospital with C-section	4 hour drive	3½ hour drive	½ hour ferry 3½ hour drive	½ hour drive	6½ hour ferry ride. Ferries run three times per week in winter season
Distance to secondary hospital	4 hour drive	3½ hour drive	½ hour ferry 3½ hour drive	2 hour drive	6½ hour ferry ride. Ferries run three times per week in winter season
Usual road conditions (winter)	Slippery and slick due to rain	Slippery and slick due to rain	Wind concerns due to reliance on ferry Ferries cancelled in heavy weather conditions Roads slippery and slick due to rain	Snow and avalanche	Ferries cancelled in heavy weather conditions
Air access	Daylight	Daylight	Daylight/no fog/no storms	Daylight	Daylight/no fog/no storms
Diversity of population	Large Aboriginal population	Large Aboriginal population	Predominately Aboriginal	Predominantly Caucasian	Predominately Aboriginal

APPENDIX E: SAMPLE RECRUITMENT POSTER

HAVE YOU HAD A BABY IN THE PAST 18 MONTHS?

WILL YOU SHARE YOUR PREGNANCY, LABOUR, AND DELIVERY STORY WITH ME?

We are researchers from the BC Children's and Women's Health Centre. We are interested in learning more about rural maternity care and would love to speak with you.

Please call me: Lana Sullivan at **604.875.2484** before July 21st, or dial **250.974.8011, then dial 604.833.6295** between July 21st and July 25th while we are in Alert Bay

MORE INFORMATION

We believe it is very important that women have a chance to add their voice to the discussion on the future of rural maternity care in British Columbia.

We will be in **Alert Bay from July 21st to July 25th**. We would be happy to talk one on one, or to coordinate a group discussion.

You will be reimbursed **$35.00** to help cover travel and personal expenses.

Please call to arrange a meeting time.

We look forward to speaking with you!

APPENDIX F: COMPREHENSIVE LIST OF CARE PROVIDERS, LOCAL LEADERS AND ADMINISTRATORS RECRUITED

Care Providers
Physicians
Public health nurses
Community health nurses
La Leche League representatives
Head Start workers
Outreach workers
Aboriginal case workers
Social workers
Family place co-ordinators
Prenatal educators
Emergency room nurses
Doulas
Informal birth assistants (uncertified)
Ambulance workers
Locums

Local Leaders
Members of council with health profile
Health council representatives

Administrators
Hospital administrators
Health centre administrators
Public health managers
Nurse and physician recruitment officers

APPENDIX G: GROUP/ONE-ON-ONE INTERVIEW GUIDE: WOMEN PARTICIPANTS

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

Department of Family Practice
Faculty of Medicine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver, B.C. Canada V6T 1V6

Rural Women's Experiences of Maternity Care in British Columbia: Implications for Policy and Practice

Principal Investigators:
Jude Kornelsen, PhD, Research Associate, B.C. Centre of Excellence for Women's Health and the Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre B.C., 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, Director of Research, Department of Family Practice, University of British Columbia, 604-875-3281.

1) What maternity care services did you have access to before and after childbirth?
2) Tell me about your experience using these services.
3) How do these services meet your practical needs?
4) How do these services meet your emotional needs?
5) Describe your experience in your attempts to access services.
6) What are the assets/resources/services in your community that promote your health and the health of your baby?
7) How satisfied are you with the quality of maternity care services for women in your community?
8) Do you think the quality of maternity care services for women in your area has changed in the last two to five years?
9) In your opinion, what are the most important maternity care services?
10) If you could change two things to promote better maternity care in your community, what would they be?
11) From where or whom did you receive your information regarding labour and delivery?
12) From whom did you receive maternity care during your pregnancy?
13) During your pregnancy, did you have access to:
    - midwives?
    - nurses?
    - specialists?
    - prenatal education instructors?
14) How would you assess the quality of care?
15) Do you think that your practitioner knew what was important to you?
16) How important was it to you to see the same practitioner during all/most of your prenatal visits?

APPENDIX H: INTERVIEW SCRIPT: CARE PROVIDERS AND ADMINISTRATORS

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

Department of Family Practice
Faculty of Medicine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver, B.C. Canada V6T 1V6

Rural Women's Experiences of Maternity Care in British Columbia: Implications for Policy and Practice

Principal Investigators:
Jude Kornelsen, PhD, Research Associate, B.C. Centre of Excellence for Women's Health and the Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre B.C., 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, Director of Research, Department of Family Practice, University of British Columbia, 604-875-3281.

A semi-structured interview approach will be taken for the interviews with care providers. This requires the use of both open- and close-ended questions. Open-ended questions ask respondents to provide their own answer to the question, providing an opportunity for them to elaborate as they wish. Close-ended questions ask respondents to select an answer from a list provided which allows for uniformity of responses. Questions that will be used include the following.

1) Tell me what your role is in the provision of maternity care to women in your community?
2) How long have you been <doing what you are doing>?
3) What is you experience of providing care?
4) What changes have you noticed? Since when? Can you describe the process of change?
5) Do you have adequate human and physical resources?
6) Do you feel adequately supported by colleagues?
7) Do you feel it is safe for more women to give birth in your community (i.e., some of the women you send out)?
8) What changes would positively affect your ability to provide a high level of maternity care to the women in your community?
9) Do you think more women would like to stay in the community to give birth?
10) Do you perceive any risks to the mother and her baby if more women were to give birth in the community?
11) Do you perceive any risks to women who leave the community to give birth?
12) What do you think the implications are for women who leave their community to give birth? For their families? Their communities?

APPENDIX I: INTERVIEW SCRIPT: LOCAL LEADERS

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

Department of Family Practice
Faculty of Medicine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver, B.C. Canada V6T 1V6

Rural Women's Experiences of Maternity Care in British Columbia: Implications for Policy and Practice

Principal Investigators:

Jude Kornelsen, PhD, Research Associate, B.C. Centre of Excellence for Women's Health and the Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre B.C., 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, Director of Research, Department of Family Practice, University of British Columbia, 604-875-3281.

A semi-structured interview approach will be taken for the interviews with care providers. This requires the use of both open- and close-ended questions. Open-ended questions ask respondents to provide their own answer to the question, providing an opportunity for them to elaborate as they wish. Close-ended questions ask respondents to select an answer from a list provided which allows for uniformity of responses. Questions that will be used include the following.

1) Have you noticed any changes to the provision of maternity care over the last three years?
2) How do you think these changes have affected the women giving birth? Their families? The community?
3) Do you think some women have been affected more than others?
   If yes, who?
4) What kind of maternity services do you think would be best for your community?
5) What needs to happen to facilitate such services?
6) Have you noticed other changes to your community in the past three years? If yes, do you think they are related to changes in the provision of maternity services?

BIBLIOGRAPHY

Alaszewski, Andy and Tom Horlick-Jones. 2003. "How Can Doctors Communicate Information about Risk More Effectively?" *British Medical Journal.* 327(27) (September): 728-731.

Alexander, Sophie and Marc J.N.C. Keirse. 1989. "Formal Risk Scoring During Pregnancy." *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Edited by Iain Chalmers, Murray Enkin and Marc J.N.C. Keirse. Oxford: Oxford University Press, pp. 345-365.

Altheide, D. and J. Johnson. 1994. "Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research." In *Handbook of Qualitative Research.* Edited by N. Denzin and Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage, pp.485-499.

American Pregnancy Association. 2004. "Having a Doula: Is a Doula Right for Me?" <http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/havingadoula.html>. Accessed June 26, 2004.

Armstrong, Pat. 2002. "The Context for Health Care Reform in Canada." *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada.* Edited by Pat Armstrong et al. Aurora, ON: Garamond, pp. 11-48.

Arney, William Ray. 1982. *Power and the Profession of Obstetrics.* Chicago: University of Chicago Press.

Backett, E Maurice, A. Michael Davies and Angèle Petros-Barvazian. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With Special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning.* Public Health Papers No. 76. Geneva: World Health Organization.

Baird, A.G., D. Jewell and J.J. Walker. 1996. "Management of Labour in an Isolated Rural Maternity Hospital." *British Medical Journal.* 312(7025): 223-227.

Benoit, C., D. Carrol and A. Millar. 2002. "But Is It Good for Non-Urban Women's Health? Regionalizing Maternity Care Services in British Columbia." *The Canadian Review of Sociology and Anthropology.* 39(4): 373-395.

Black, Douglas P. and Ian M. Fyfe. 1984. "The Safety of Obstetric Services in Small Communities in Northern Ontario." *Canadian Medical Association Journal.* 130: 571-576.

Blumenthal, Daniel S. and Elleen Yancey. 2004. "Community-Based Research: An Introduction." *Community-Based Health Research: Issues and Methods.* Edited by Daniel S. Blumenthal and Ralph J. DiClemente. New York: Springer Publishing Company.

British Columbia, Joint Standing Committee on Rural Issues. 2002. *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia.* Victoria: Ministry of Health Services and the BC Medical Association.

British Columbia, Legislative Assembly's Select Standing Committee on Health. 2001. *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System.* Victoria: The Legistlative Assembly of British Columbia.

British Columbia, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 1993. *New Directions for a Healthy British Columbia.* Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1996a. *Better Teamwork, Better Care: Putting Services for Patients First.* Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1996b. Report of the Regionalization of Health Services. Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.

———. 1998. Accountability Framework for British Columbia Health Authorities. Victoria: The Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1999. *Strategic Directions for British Columbia's Health Services System.* Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

British Columbia, Ministry of Health Planning. 2001. *A New Era for Patient-Centered Health Care: Building a Sustainable, Accountable Structure for Delivery of High Quality Patient Services.* Victoria: Ministry of Health Planning.

———. 2002a. *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities of British Columbia: An Update on Former Recommendations.* Victoria: Ministry of Health Planning.

———. 2002b. *The Picture of Health: How We Are Modernizing British Columbia's Health Care System.* Victoria: Ministry of Health Planning.

British Columbia, Ministry of Health Services. 2002. *A New Era Update 2001/02 Annual Report.* Victoria: Ministry of Health Services.

———. 2003. *A New Era Update: 2002/03 Annual Report.* Victoria: Ministry of Health Services.

British Columbia, Ministry of Health Services and Health Planning. 2002. *Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities.* Victoria: Ministry of Health Services and Health Planning.

British Columbia, Office of the Auditor General of British Columbia. 1998. *A Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services*. Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.

British Columbia Reproductive Care Program. 1997. *Report on the 1996 Biannual Hospital Survey*. Vancouver: B.C. Reproductive Care Program, F5-4500 Oak Street, Vancouver, BC V6H 3N1.

———. 2000. *Report on the Findings of a Consensus Conference on Obstetrical Services in Rural and Remote Communities: Consensus Symposium Summary*. Vancouver: B.C. Reproductive Care Program. Also available from *Canadian Journal of Rural Medicine*. 5(4):211-217.

———. 2003. B.C. Perinatal Database. Vancouver: B.C. Reproductive Care Program.

British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs. 1991. *Closer to Home. The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*. Victoria: Province of British Columbia.

Britten, Nicky. 1996. "Qualitative Interviews in Medical Research." *Qualitative Research in Health Care*. Edited by Nicholas Mays and Catherine Pope. London: BMJ Publishing Group, pp. 28-35.

Bronstein, Janet M. and Michael A. Morrisey. 1991. "Bypassing Rural Hospitals for Obstetrics Care." *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 16(1): 87-117.

Cameron, Bruce and Suzanne Cameron. 2001. "Outcomes in Rural Obstetrics, Atherton Hospital 1991-2000." *Australian Journal of Rural Health*. 9(Suppl): S39-S42.

Canada, Health Canada. 2003. *Canadian Perinatal Health Report, 2003*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Canada, Statistics Canada. 2001. Community Profiles. <http://www12.statcan.ca/english/profil01/PlaceSearchForm1.cfm>. Accessed June 2004.

Carroll, June C., A.J. Reid, A. Biringer, L.M. Wilson and D.K. Midmer. 1994. "Psychosocial Risk Factors During Pregnancy: What Do Family Physicians Ask About?" *Canadian Family Physician*. 40 (July): 1280-1289.

Chalmers, Iain, Murray Enkin and Marc J.N.C. Keirse. eds. 1989a. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

———. 1989b. "Effective Care in Pregnancy and Childbirth: A Synopsis for Guiding Practice and Research." *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Edited by Iain Chalmers, Murray Enkin and Marc J.N.C. Keirse. Oxford: Oxford University Press, pp. 1465-1467.

Chamberlain, M. and K. Barclay. 2000. "Psychosocial Costs of Transferring Indigenous Women from Their Community for Birth." *Midwifery*. 16: 116-122.

Chance, Graham. 1995. "Family Practice Obstetrics: Time of Opportunity." *Canadian Family Physician*. 41 (April): 548-549.

Chaska, Benjamin W., M.S. Mellstrom, P.M. Grambsh and R.E. Nesse. 1988. "Influence of Site of Obstetric Care and Delivery on Pregnancy Management and Outcome." *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1(3): 152-163.

Church, John and Paul Barker. 1998. "Regionalization of Health Services in Canada: A Critical Perspective." *International Journal of Health Services*. 28(3): 467-486.

CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2000. *Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town, Canada*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

———. 2004. *Giving Birth in Canada: Providers of Maternity and Infant Care*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

College of Midwives of British Columbia. 2003. *Requirements for Active Practice*. Sixth Revision. Vancouver: College of Midwives of British Columbia, Room F 503, 4500 Oak Street, Vancouver, B.C. V6H 3N1.

Consensus Conference Panel. 2000. "Towards 2001: The Quest for Quality in Perinatal Care."

Cramer, James C. 1987. "Social Factors and Infant Mortality: Identifying High-Risk Groups and Proximate Causes." *Demography*. 24(3) (August): 299-322.

Cunningham, F. Gary, Paul C. MacDonald and Norman F. Gant. 1993. *Williams Obstetrics*. 19th Edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Dahlberg, K., M. Berg and I. Lundgren. 1999. "Commentary: Studying Maternal Experiences of Childbirth." *BIRTH*. 26(4): 215-217.

Davidson, A. 1999. "British Columbia's Health Reform: 'New Directions' and Accountability. *Canadian Journal of Public Health*. 90(Suppl): S35-S38.

Denzin, Norman K. 1978. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Second Edition. New York: McGraw-Hill.

Dobbin, Lucy. 1998. *The Dobbin Report*. Victoria: British Columbia Ministry of Health <http://www.srpc.ca/dobbin.txt>. Accessed June 27, 2004.

Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Lee Hoinacki (trans). Cambridge: Harvard University Press.

Enkin, Murray W. 1994. "Risk in Pregnancy: The Reality, the Perception, and the Concept." *BIRTH.* 21(3): 131-134.

Enkin, Murray and Iain Chalmers. 1982. "Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care." *Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care.* Edited by Murray Enkin and Iain Chalmers. London: Spastics International Medical Publications, pp. 266-286.

Enkin, Murray, M. Keirse, M. Renfrew and J. Neilson. 2000. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Third Edition. Oxford: Oxford University Press.

———. 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Second Edition. Oxford: Oxford University Press.

Fisher, M., J.F. King and J.F. Rowe. 1986. "Perinatal Mortality in British Columbia: A 10-Year Report." *BC Medical Journal.* 28(8): 563-565.

Flyvbjerg, Bent. 2001. *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again.* Steven Sampson (trans). Cambridge: Cambridge University Press.

Fontana, A. and J.H. Frey. 2000. "The Interview: from Structured Questions to Negotiated Text." *Handbook of Qualitative Research.* Edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Frankish, C. James, B. Kwan, P.A. Ratner, J.W. Higgins and C. Larsen. 2002. "Challenges of Citizen Participation in Regional Health Authorities." *Social Science and Medicine.* 54(10): 1471-1480.

Frankish, C.J. et al. 1999. *Community Participation in Health-System Decision Making: Survey 3 in a Series of Surveys of Health Authorities in British Columbia.* Vancouver: Institute of Health Promotion Research, UBC, 2206 East Mall, Rm. 324, Vancouver, BC V6T 1Z3.

Goodman, David C., Elliot S. Fisher, George A. Little, Thérèse A. Chang, Chiang-hua and Kenneth S. Schoendorf. 2002. "The Relation Between the Availability of Neonatal Intensive Care and Neonatal Mortality." *The New England Journal of Medicine.* 346(20): 1538-1544.

Gregg, Robin. 1993. "'Choice' as a Double-Edged Sword: Information, Guilt and Mother-Blaming in a High-Tech Age." *Women and Health.* 20(3): 53-73.

Grzybowski, Stefan C.W., Alan S. Cadesky and William E. Hogg. 1991. "Rural Obstetrics: A 5-Year Prospective Study of the Outcomes of All Pregnancies in a Remote Northern Community." *Canadian Medical Association Journal.* 144(8): 987-994.

Grzybowski, Stefan, et al. in progress. "Rural Maternity Care: Access to Services and Birth Outcomes." In write-up prior to submission for publication. Funded by the Telethon Foundation at Children's and Women's Health Centre of British Columbia.

Haley, Lynn. 1999. "Health-Care Regionalization Update: Regionalization: Closer to Home or Farther from Care?" <http://www.medicalpost.com>. Accessed April 11, 2003.

Hall, Philip F. 1994. "Rethinking Risk." *Canadian Family Physician.* 40 (July): 1239-1244.

Handwerker, Lisa. 1994. "Medical Risk: Implicating Poor Pregnant Women." *Social Science and Medicine.* 38(5): 665-675.

Hein, Herman A. 1977. "Regionalization of Perinatal Care in Rural Areas Based on the Iowa Experience." *Seminars in Perinatology.* 1(3): 241-254.

———. 1980. "Evaluation of a Rural Perinatal Care System." *Pediatrics.* 66(4): 540-546.

Heller, G., D.K. Richardson, R. Schnell, B. Misselwitz, W. Kunzel and S. Schmidt. 2002. "Are We Regionalized Enough? Early Neonatal Deaths in Low-Risk Births by the Size of Delivery Units in Hesse, Germany, 1990-1999." *International Journal of Epidemiology.* 31(5): 1069-1070.

Hemminki, Elina. 1985. "Perinatal Mortality Distributed by Type of Hospital in the Central Hospital District of Helsinki, Finland." *Scandanavian Journal of the Sociology of Medicine.* 13: 113-118.

Hogg, William E. and Ned Calonge. 1988. "Topics for Family Medicine Research in Obstetrics: The Effects of Obstetric Manpower Trends on Neonatal Mortality Rates." *Canadian Family Physician.* 34. September: 1943-1946.

Hogg, William and Jacques Lemelin. 1986. "The Case for Small Rural Hospital Obstetrics." *Canadian Family Physician.* 32 October: 2135-2139.

Hutchinson, Brian G. and Ruth Milner. 1994. "Reliability of the Guide to Pregnancy Risk Grading of the Ontario Antenatal Record in Assessing Obstetric Risk." *Canadian Medical Association Journal.* 150(12): 1983-1987.

Hutten-Czapski, Peter A. 1999. "Decline of Obstetrical Services in Northern Ontario."*Canadian Journal of Rural Medicine.* 4(2): 72-76.

———. 2002. *Rural Health Care - The Chasm Not Crossed.* Sudbury: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Iglesias, Stuart and Peter Hutten-Czapski. 1999. "Joint Position Paper on Training for Rural Family Practitioners in Advanced Maternity Skills and Caesarean Section." *Canadian Journal of Rural Medicine.* 4(4): 209-216.

Iglesias, Stuart, S. Grzybowski, M.C. Klein, G.P. Gagné and A. Lalonde. 1998. "Rural Obstetrics: Joint Position Paper on Rural Maternity Care." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 3(2): 75-85.

Iglesias, Stuart, Jill Strachan, Gary Ko and Linda C. Jones. 1999. "Advanced Skills by Canada's Rural Physicians." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 4(4): 227-231.

James, Amanda M. 1999. "Closing Rural Hospitals in Saskatchewan: On the Road to Wellness?" *Social Science and Medicine*. 49(8): 1021-1034.

Janesick, Valerie J. 2000. "The Choreography of Qualitative Research Design: Minuets, Improvisation, and Crystallization." *Handbook of Qualitative Research*. Edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. (Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 379-399.

Kirby, M. 2002. *The Health of Canadians: The Federal Role Final Report*. Ottawa: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Kitzinger, Jenny. 1996. "Introducing Focus Groups." *Qualitative Research in Health Care*. Edited by Nicholas Mays and Catherine Pope. London: BMJ Publishing Group, pp. 36-45.

Kitzinger, Sheila. 2002. "Natural Childbirth: Why Some Women Want It." *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 11: 30-32.

Klein, Michael. 1986. "The Canadian Family Practice Accoucheur." *Canadian Family Physician*. 32 (March): 533-540.

———. 1987. "Perinatal Care in Europe: Lessons to Be Learned." *Canadian Family Physician*. 33 (February): 261-263.

Klein, Michael C., Jan Christilaw and Stuart Johnston. 2002a. "Loss of Maternity Care: The Cascade of Unforeseen Dangers." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 7(2): 120-121.

Klein, Michael C.S. Johnston, J. Christilaw and E. Carty. 2002b. "Mothers, Babies, and Communities. Centralizing Maternity Care Exposes Mothers and Babies to Complications and Endangers Community Sustainability." *Canadian Family Physician*. 48: 1177-1179.

Klein, Michael, A. Kelly, A. Spence, J. Kaczorowski and S. Grzybowski. 2002c. "In for the Long Haul: Which Family Physicians Plan to Continue Delivering Babies? *Canadian Family Physician*. 48: 1216-1222.

Klein, Michael, A. Spence, J. Kaczorowski, A. Kelly and S. Grzybowski. 2002d. "Does Delivery Volume of Family Physicians Predict Maternal and Newborn Outcome?" *Canadian Medical Association Journal*. 166(10): 1257-1263.

Klein, Michael, S. Grzybowski, S. Harris, R. Liston, A. Spence, G. Le, D. Brummendorf, S. Kim and J. Kaczorowski. 2001. "Epidural Analgesia Use as a Marker for Physician Approach to Birth: Implications for Maternal and Newborn Outcomes." *BIRTH*. 28(4): 243-248.

Kornelsen, Jude. 2003. *Solving the Maternity Care Crisis*. B.C. Centre of Excellence for Women's Health Policy Series. Edited by Leslie Grant Timmins (Series ed.) and Ann Pederson (Managing ed.). Vancouver: B.C. Centre of Excellence for Women's Health.

Krueger, Richard A. 1994. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Lalonde, André B. 1998. "Safe Motherhood: Can We Make a Difference?" *Canadian Medical Association Journal*. 158(7): 889-891.

Lambrew, Jeanne M. and Thomas C. Ricketts. 1993. "Patterns of Obstetrical Care in Single-Hospital, Rural Counties." *Medical Care*. 31(9): 822-833.

Larimore, Walter L. and Alan Davis. 1995. "Relation of Infant Mortality to the Availability of Maternity Care in Rural Florida." *Journal of the American Board of Family Practice*. 8(5): 392-399.

Larsen Soles, Trina. 2001. "Physician Numbers in Rural British Columbia." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 6(1): 24-30.

Larson, Eric H., L. Gary Hart and Roger A. Rosenblatt. 1992. "Rural Residence and Poor Birth Outcome in Washington State." *Journal of Rural Health*. 8: 162-170.

———. 1997. "Is Non-Metropolitan Residence a Risk Factor for Poor Birth Outcome in the US?" *Social Science and Medicine*. 45(2): 171-188.

Leeman, Lawrence and Rebecca Leeman. 2002. "Do All Hospitals Need Caesarean Delivery Capability? An Outcomes Study of Maternity Care in a Rural Hospital Without On-Site Caesarean Capability." *Journal of Family Practice*. 51(2): 129-135.

LeFevre, Michael, Harold A. Williamson and Melvin Hector. 1989. "Obstetric Risk Assessment in Rural Practice." *The Journal of Family Practice*. 28(6): 691-696.

Lemelin, Jacques. 1986. "Referral Pattern and Rate of Intervention in a Small Rural Obstetrical Practice." *Canadian Family Physician*. 32: 2141-2146.

Levitt, C., L. Hanvey, D. Avard, G. Chance and J. Kaczorowski. 1995. *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*. Ottawa: Health Canada and Canadian Institutes of Child Health.

Lewis, Steven J., D. Khouri, L.A. Estabrooks, H. Dickinson, J.J. Dutchak, J.I. Williams, C. Mustard and J. Hurley. 2001. "Devolution to Democratic Health Authorities in Saskatchewan: an Interim Report." *Canadian Medical Association Journal*. 164(3): 343-347.

Lomas, Jonathan. 2001. "Past Concerns and Future Roles for Regional Health Boards." *Canadian Medical Association Journal*. 164(3): 356-357.

Lomas, Jonathan, J. Woods and Gerry Veenstra. 1997. "Developing Authority for Health Care in Canada's Provinces: I. Overview and Introduction to the Issues." *Canadian Medical Association Journal*. 156(3): 371-377.

Lupton, Deborah. 1993. "Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health." *International Journal of Health Services*. 23(3): 425-435.

Lynch, Nancy, et al. "Does Caesarean Section Capability Make a Difference to a Small Rural Maternity Service?" Unpublished.

Macaulay, A.C., L.E. Commanda, W.L. Freeman, N. Gibson, M.L. McCabe, C.M. Robbins and P.L. Twohig. 1998. "Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care. A Policy Statement for the North American Primary Care Research Group." <www.napcrg.org/exec.html>. Accessed June 2004.

Mann, O.H. and L.L. Albers. 1997. "Informed Consent for Epidural Analgesia in Labour." *Journal of Nurse Midwifery*. 42(5): 389-392.

McClain, Carol Shepherd. 1983. "Perceived Risk and Choice of Childbirth Service." *Social Science and Medicine*. 17(23): 1857-1865.

McCormick, Marie C. 1981. "The Regionalization of Perinatal Care." *American Journal of Public Health*. 71(6): 571-572.

McLaughlin, Fay, I.D. Rusen and Shi Liang Liu. 1999. "Preterm Birth" <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/factshts/pterm_e.html>. Accessed May 25, 1999.

McNamara-Paetz, Linette. 1996. "Can Regionalization Live Up to Its Economic Reputation?" *Health Law Review*. 4(3): 2-8.

Melender, H-L and S. Lauri. 2002. "Experiences of Security Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of Pregnant Women." *International Journal of Nursing Practice*. 8(6): 289.

Midmer, Deana, Janet Bryanton and Rona Brown. 2004. "Assessing Antenatal Psychosocial Health. Randomized Controlled Trial of Two Versions of the ALPHA Form." *Canadian Family Physician*. 50 (January): 80-87.

Midmer, Deana, J. Carroll, J. Bryanton and D. Stewart. 2002. "From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool." *Canadian Journal of Public Health*. 96(4): 291-296.

Mishler, E.G. 1986. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.

Morse, Janice M. (ed.). 1992. *Qualitative Health Research: Challenges for the 21st Century*. Newberry Park: Sage Publications.

Moster, Dag, Rolv Terje Lie and Trond Markestad. 2001. "Neonatal Mortality Rates in Communities with Small Maternity Units Compared with Those Having Larger Maternity Units." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 108: 904-909.

NAPCRG (North American Primary Care Research Group). 1998. "Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care." Annual membership meeting, November 4-7, 1998, Montréal. <http://napcrg.org/exec.html>. Accessed February 21, 2005.

Nault, Francois. 1997. "Infant Mortality and Low Birthweight, 1975 to 1995." *Health Reports*. 9(3): 39-46.

Nesbitt, Thomas S. 1989. "Commentary." *The Journal of Family Practice*. 28(6): 695-696.

———. 1996. "Rural Maternity Care: New Models of Access." *BIRTH*. 23(3): 161-165.

Nesbitt, Thomas S., F.A. Connell, L.G. Hart and R.A. Rosenblatt. 1990. "Access to Obstetric Care in Rural Areas: Effect on Birth Outcomes." *The American Journal of Public Health*. 80(7): 814-819.

Nesbitt, Thomas S., E.H. Larson, R.A. Rosenblatt and L.G. Hart. 1997. "Access to Maternity Care in Rural Washington: Its Effect on Neonatal Outcomes and Resource Use." *American Journal of Public Health*. 87(1): 85-90.

Nolan, Mary. 2002. "The Consumer View." *Clinical Risk Management in Midwifery: The Right to a Perfect Baby?* Edited by Jo H. Wilson and Andrew Symon. Oxford: Books for Midwives, pp. 124-137.

Oakley, Ann. 1992. *Social Support and Motherhood*. Oxford: Blackwell.

Page, Lesley Ann. 1993. "Midwives Hear the Heartbeat of the Future (Keynote Address)." *Proceedings from the International Confederation of Midwives 23rd International Congress in Vancouver, Canada*. International Confederation of Midwives, pp. 1477-1489.

Paling, John. 2003. "Strategies to Help Patients Understand Risks." *British Medical Journal*. 327(27) (September): 745-748.

Peddle, Leo J., H. Brown, J. Buckley, W. Dixon, J. Kaye, M. Muise, E. Rees, W. Woodhams and C. Young. 1983. "Voluntary Regionalization and Associated Trends in Perinatal Care: the Nova Scotia Reproductive Care Program." *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 145(2): 170-176.

Perelman, R. and P.M. Farrell. 1978. "The Impact of Perinatal Intensive Care and Regionalization in Wisconsin." *Wisconsin Medical Journal*. 77(3): 35-36.

Pope, Catherine and Nick Mays. 1996. "Qualitative Methods in Health and Health Services Research." *Qualitative Research in Health Care*. Edited by Nicholas Mays and Catherine Pope. London: BMJ Publishing Group.

Priest, G. nd. "Discussion Paper: Providing Data on Aboriginal Persons in the Context of the *Constitution Act*." Unpublished. Ottawa: Statistics Canada.

Rayfield, J.R. 1972. "What Is a Story?" *American Anthropologist*. 74: 1084-1106.

Raymond. J. 1979. *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. Boston: Boston Press.

RCAP (Royal Commission on Aboriginal Peoples). 1996. "People to People, Nation to Nation." *Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa: Minister of Supply and Services.

Reid, Anthony J., A. Biringer, J.D. Carroll, D. Midmer, L.M. Wilson, B. Chalmers and D.E. Stewart. 1998. "Using the ALPHA Form in Practice to Assess Antenatal Psychosocial Health." *Canadian Medical Association Journal*. 159(6): 677-684.

Reid, Tony, Inese Grava-Gubins and June C. Carroll. 2002. "Maternity Care Report: Janus Project: Family Physicians Meeting the Needs of Tomorrow's Society." *Canadian Family Physician*. 48 July: 1225-1226.

Richardson, Laurel. 2000. "Writing: a Method of Inquiry." *Handbook of Qualitative Research*. Edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 923-948.

Rock, S.M. and L.A. Straub. 1994. "Birth Outcomes to Rural Illinois Residents: Is There a Crisis?" *Journal of Rural Health*. 10: 122-130.

Romanow, Roy J. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada*. National Library of Canada. Cat. No. CP32-85/2002E-IN.

Rosenblatt, Roger A. and B. Detering. 1988. "Changing Patterns of Obstetric Practice in Washington State: The Impact of Tort Reform." *Family Medicine*. 20(2): 101-107.

Rosenblatt, Roger A. and C.L. Wright. 1987. "Rising Malpractice Premiums and Obstetric Practice Patterns. The Impact on Family Physicians in Washington State." *Western Journal of Medicine*. 146(2): 246-248.

Rosenblatt, Roger A., Judith Reinken and Phil Shoemack. 1985. "Is Obstetrics Safe in Small Hospitals? Evidence from New Zealand's Regionalised Perinatal System." *The Lancet*. August 24: 429-432.

Rourke, James T.B. 1998. "Trends in Small Hospital Obstetric Services in Ontario." *Canadian Family Physician*. 44 (October): 2117-2124.

Rourke, James T.B., J.H. Goertzen, G. Goldsand, S.N. Hatcher, P.W.H. Humphries, S.J. Iglesias, S. Mackinnon, L. Morin, S-L. Newberry, C. O'Maonaigh, P. Rainsberry, J. Tepper, C. Ehiteside, M. E. Whittaker and the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice. 2000. "Rural Patient Stories/Rural Physician Management Narratives." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 5(1): 21.

Ryan, George M. Jr. 1977. "Regional Planning for Maternal and Perinatal Health Services." *Seminars in Perinatology*. 1(3): 255-266.

Sackett, David L., William M.C. Rosenberg, J.A. Muir Gray, R. Brian Haynes and W. Scott Richardson. 1996. "Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't." *British Medical Journal*. 312(13) (January): 71-72.

Saxell, Lee. 2000. "Risk: Theoretical or Actual." *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Edited by Lesley Ann Page and Patricia Percival. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 87-104.

Simpson, Kathleen Rice and G. Eric Knox. 2003. "Common Areas of Litigation Related to Care During Labor and Birth: Recommendations to Promote Patient Safety and Decrease Risk Exposure." *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 17(2): 110-125.

Society of Rural Physicians of Canada, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and College of Family Physicians of Canada. 2002. "Number of Births to Maintain Competence." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 7(2): 84-85.

Stahl, Katja and Vanora Hundley. 2003. "Risk and Risk Assessment in Pregnancy - Do We Scare Because We Care?" *Midwifery*. 19: 298-309.

Sterk, Claire E. and Kirk W. Elifson. 2004. "Qualitative Methods in Community-Based Research." *Community-Based Health Research: Issues and Methods*. Edited by Daniel S. Blumenthal and Ralph J. DiClemente. New York: Springer Publishing Company.

Stretch, N.C. and C.A. Knight. 2002. "Community Obstetrics: A New Look at Group Obstetrical Care in Rural Communities." *Canadian Journal of Rural Medicine*. 7(3): 183-190.

Sutherns, Rebecca and Ivy Lynn Bourgeault. 2003. "Finding Out About Birth Options in Rural Canada Is Harder than You Might Think." *The Canadian Women's Health Network Magazine*. 5/6(4/1).

Tarkka, M-T and M. Paunonen. 1996. Social Support and Its Impact on Mothers' Experiences of Childbirth. *Journal of Advanced Nursing*. 23: 70-75.

Thommasen, Harvey V., J. Berkowitz and Stefan C.W. Grzybowski. 2000. "Community Factors Associated with Long-Term Physician Retention." *British Columbia Medical Journal*. 42(9): 426-429.

Thommasen, Harvey V., M.P. van der Weyde, A.C. Micholas, B.D. Zumbo and C.A. Hagan. 2001. "Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate: Opinions of Physicians in Rural British Columbia." *Canadian Family Physician*. 47 April: 737-744.

Veenstraa, Gerry and Jonathan Lomas. 1999. "Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance." *Health and Place*. 5(1): 1-12.

Viisainen, Kirsi. 2000. "The Moral Dangers of Home Births: Parents' Perceptions of Risks in Home Birth in Finland." *Sociology of Health and Illness*. 22(6): 792-814.

Viisainen, Kirsi, Mika Gissler and Elina Hemminki. 1994. "Birth Outcomes by Level of Obstetric Care in Finland: A Catchment Area Based Analysis." *Journal of Epidemiological Community Health*. 48(4): 400-405.

Walsh, Denis. 2003. "Risk Management Is Not Objective." *British Journal of Midwifery*. 11(8): 474.

Weitzman, Eben A. 2000. "Software and Qualitative Research." *Handbook of Qualitative Research*. Edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 803-820.

Whitney, Simon N., Amy L. McGuire and Laurence B. McCullough. 2004. "A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent." *Annals of Internal Medicine*. 140(1): 54-60.

WHO (World Health Organization). 1978. *Risk Approach for Maternal and Child Health Care: A Managerial Strategy to Improve the Coverage and Quality of Maternal and Child Health/Family Planning Services Based on the Measurement of Individual and Community Risk*. WHO Offset Publication No. 39. Geneva: World Health Organization.

Wiegers, T.A. 2003. "General Practitioners and Their Role in Maternity Care." *Health Policy*. 1(9).

Woollard, L.A. and R.B. Hays. 1993. "Rural Obstetrics in New South Wales." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 33(3): 240-242.

Yeast, John D., M. Poskin, J.W. Stockbauer and S. Shaffer. 1998. "Changing Patterns in Regionalization of Perinatal Care and the Impact on Neonatal Mortality." *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 178(1): 131-135.

Younger-Lewis, Catherine. 1988. "Should We Stop Doing Obstetrics?" *Canadian Family Physician*. 34 May: 1024.

Zadoroznyj, Maria. 2001. "Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters." *Journal of Sociology*. 37(2): 117-139.

ENDNOTES

[1] Designation of first author for this report was arbitrary in that both primary investigators participated equally and collaboratively in the conception, design, implementation, analysis and presentation of the results.

[2] Dr. Kornelsen's primary appointment is now with the Department of Family Practice, University of British Columbia.

[3] Grzybowski et al. (1991) and Lemelin (1986) noted that while the perinatal mortality rate may be a meaningful measurement for large population studies, it is not statistically valid in the case of a small population and thus is less useful for an evaluation of a single small obstetric practice.

[4] Also referred to as the Seaton Commission.

[5] Regionalization, as discussed here, should not be confused with what has been described in Chapter 3 as regionalized perinatal health care that provides different levels of care at different facilities (Peddle et al. 1983; Nesbitt 1996).

[6] The PHSA included at its creation the B.C. Children's and Women's Health Centre, the B.C. Cancer Agency, the B.C. Transplant Society, the B.C. Centre for Disease Control, Riverview Hospital and Forensic Psychiatric Hospital (B.C. Ministry of Health Planning 2001). The Nisga'a Health Authority, established in 1984, has been retained as an independent entity by the B.C. Liberal Government and continues to function as a separate but parallel entity. Therefore, it is technically correct to describe in total that there are seven health authorities operating in British Columbia.

[7] The North Island is made of up of 16 small towns located on the northern tip of Vancouver Island in British Columbia. Alert Bay, Port Hardy and Port McNeill are the three towns in the North Island that, up until May 2003, had local birthing capacity. All parturient mothers living in the North Island had to travel to one of these three towns to deliver their babies. As Alert Bay is one of the four study towns in this research, when we refer to "the North Island," we are primarily referring to Port Hardy and Port McNeill.

[8] We did not target our recruitment strategies specifically around race. Due to the composition of the populations of our study sites, the women participants were from various racial backgrounds. As we analyzed the data, we found that Aboriginal and First Nations women identified some issues and challenges not mentioned by non-First Nations women.

[9] A snowball technique for recruiting research participants is one where key informants and regular interviewees help identify other interviewees.

[10] All participants gratefully accepted the honorarium with the exception of one woman who declined insisting we instead use the $35 to start a fund dedicated to improving maternity care for rural women and their families.

[11] Coherence, as defined by Agar and Hobbs (1982: 285, cited in Mishler 1986), refers to the structural relationships among various segments of the narrative. It is talk "about the same topic." Hobbs noted that the determination of coherence is largely an intuitive matter and sometimes defined in the negative (through the recognition of a lack of coherence) (Hobbs 1987: 285, cited in Mishler 1986). In addition to the taxonomy of coherence, global coherence (how a particular utterance is related to the speakers' overall plan) and themal coherence (how utterances express a speakers' recurrent assumptions, beliefs and goals) guided the analysis of participants' narratives (Hobbs 1987: 285 cited in Mishler 1986).

[12] QSR NU*DIST enhanced the consistency and speed of the analysis by ensuring all instances of key words or codes are captured. It also encouraged multiple sorting and multiple searches, tasks that would have been prohibitive if done by hand. The use of the program also allowed us to consolidate data, which enabled comparisons and juxtapositions of data from field notes, interviews, codes, memos annotations and other reflective remarks (Weitzman 2000). Caution was exercised in the use of QSR NU*DIST to ensure that, despite the easy access to word and phrase codes, we developed an in-depth and clear understanding of the transcripts in their entirety; this guarded against the tendency to de-contextualize the material due to a focus on the smallest units of analysis.

[13] According to the licensing information, there is a two-year requirement for active practice but once that is met, active practice is maintained by attending 60 births per year, 40 of which are as the primary midwife (20 can be as an attending midwife).

[14] Since 2001, the University of British Columbia has offered a four-year baccalaureate degree. The highly competitive program admits 10 students per year.

[15] There is no regulating body that requires childbirth educators to meet practice or certification requirements, however, the Perinatal Education Guidelines developed in the 1990s state that perinatal educators should take a course.

[16] Many rural communities without local access to Caesarean section have instituted recommendations and policies discouraging women having their first child from birthing locally. The rationale behind this acknowledges that nulliparous women will require transfer for Caesarean section to manage non-progressive labour more often than multiparous women (Consensus Conference Panel 2000).

[17] Member-checking consists of reporting back preliminary findings to respondents or participants, asking for critical commentary on the findings, and potentially incorporating these critiques into the findings. This adds accuracy and richness to the emerging understanding of the phenomenon (Altheide and Johnson 1994).

[18] This recommendation builds on initiatives of the B.C. Reproductive Care Program, which provides the Women's Advanced Maternity Fellowship for Rural Practitioners and the Perinatal Nursing Competency Collaborative Partnership to support maternity care providers in rural or small urban B.C. communities.

Projects Funded through Status of Women Canada's Policy Research Fund
Call for Proposals
Restructuring in Rural Canada: Policy Implications for Rural Women *

A National Research Project on the Impact of Restructuring on Rural, Remote and Northern Women's Health: Policy Issues, Options and Knowledge Translation
Ivy Lynn Bourgeault, Christine Dallaire, Lorraine Greaves, Barb Neis, Rebecca Sutherns

The Impact of Long Term Care Patient Classification Systems on Women Employed as Caregivers in Rural Nursing Homes
Belinda Leach, Bonnie C. Hallman

Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice
Jude Kornelsen and Stefan Grzybowski with Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson and Lana Sullivan

Farm Women and Canadian Agricultural Policy: A Gender Analysis
Carla Roppel, Annette Aurélie Desmarais, Diane Martz
National Farmer's Union Women

Hidden Actors, Muted Voices: The Employment of Rural Women in Canadian Forestry and Agri-food Industries
Diane Martz, Maureen Reed, Ingrid Brueckner, Suzanne Mills

Public Policy and the Participation of Rural Nova Scotian Women in the New Economy
Ann Manicom, Janet Rhymes, Nan Armour et Doreen Parsons
The Women's Economic Equality (WEE) Society in partnership with the Hypatia Project

* Some of these papers are still in progress and not all titles are finalized.

We Value Your Feedback

Your comments and suggestions can help us make sure our publications are useful. If you have a moment, please answer and return the following questionnaire. Thank you for your time.

Title of Report ______________________________

1. Was the report useful to you? 1 2 3 4 5
Not useful *very useful*

a) Which part of the report did you find most helpful?

____

____

b) How could it have been more useful?

____

____

____

2. How did you use the report? As a tool in:

☐ Policy development ☐ Policy research ☐ Advocacy

☐ Other ______________________________

3. Are you affiliated with:

☐ Women's Organisations ☐ Federal Government

☐ Other non-governmental organisations ☐ University/college

☐ Provincial/Territorial Government ☐ Municipal Government

☐ Other: ______________________________

Please return this questionnaire by mail or fax to:

Status of Women Canada
Research Directorate
McDonald Building
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario
K1P 1H9

Fax (613) 995-4800

Les soins de maternité en milieu rural : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

par
Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski

en collaboration avec

Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsay Galvin,
Ann Pederson et Lana Sullivan

Recherche
en matière de politiques
Policy Research

Condition féminine Canada
Status of Women Canada

Canada

Les soins de maternité en milieu rural : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

par

Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski

en collaboration avec

Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin,
Ann Pederson et Lana Sullivan

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Juillet 2005

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses ou chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Kornelsen, Jude
Les soins de maternité en milieu rural : expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique / Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski.

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit.: Rural women's experiences of maternity care: implications for policy and practice.

Comprend des réf. bibliogr.
Comprend un index.
Également disponible sur l'Internet.

No de cat.: SW21-121/2005
ISBN 0-662-69111-3

1. Périnatalité – Columbie-Britannique.
2. Santé rurale, Services de – Columbie-Britannique.
3. Femmes enceintes – Soins médicaux – Columbie-Britannique.
4. Femmes en milieu rural – Soins médicaux – Columbie-Britannique.
I. Grzybowski, Stefan
II. Canada. Condition feminine Canada
III. Titre
IV. Titre: Rural women's experiences of maternity care: implications for policy and practice

RG963.C3.B74 2005 362.198'2'00971091734 C2005-980162-XF

Gestionnaire de projet : Amr Elleithy et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition et de la traduction : Cathy Hallessey, Condition féminine Canada
Révision et mise en page : PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Traduction : Lexi-Tech International

Pour d'autres renseignements, veuillez communiquer avec la :
Direction de la recherche
Condition féminine Canada
123, rue Slater, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 957-3359
ATME : (613) 996-1322

Ce document peut également être téléchargé à partir du site Web de Condition féminine <http://www.swc-cfc.gc.ca/>.
<http://www.swc-cfc.gc.ca/>.

RÉSUMÉ

La présente recherche avait pour but de brosser un portrait des soins de maternité dispensés en milieu rural, examinés dans la perspective des femmes qui accouchent, des dispensateurs de soins, des administrateurs des soins de santé et des dirigeants locaux. Nous avons constaté que les expériences vécues par les femmes étaient tributaires des relations complexes qui découlent des attitudes et des actions des dispensateurs de soins et de l'organisation des services de santé. L'étude s'est déroulée dans un contexte marqué par de profonds bouleversements, trois des quatre lieux choisis pour l'étude ayant cessé d'offrir des services d'obstétrique durant cette période. L'absence de politiques clairement définies pour sous-tendre la prestation des soins de maternité en milieu rural se reflète par ailleurs dans la ténuité des infrastructures à l'appui des naissances locales. De ce fait, les services locaux sont exposés aux changements d'attitude des praticiens, aux événements critiques susceptibles de se produire, ainsi qu'à l'évolution du contexte social et historique de la collectivité et de sa géographie. La documentation sur l'évaluation du risque propose une démarche pouvant servir à l'interprétation de certaines conclusions.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX iv

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES v

PRÉFACE vi

REMERCIEMENTS vii

AU SUJET DES AUTEURS viii

SOMMAIRE ix

1. INTRODUCTION 1
   Énoncé du problème 1
   Aperçu du rapport 1
   Les chercheurs 3
   Concepts et terminologie 3

2. ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE 5
   Survol de l'évaluation du risque 5
   Systèmes de cotation du risque : Outils et techniques 6
   Critiques de l'évaluation et de la gestion des risques appliquées aux soins de maternité 7
   Évaluation des risques liés aux soins de maternité : En faveur d'une approche holistique 13
   Sommaire 14

3. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS DE MATERNITÉ LOCAUX POUR LES FEMMES DES RÉGIONS RURALES 15
   Les soins de maternité en milieu rural comme thème de recherche 15
   La sécurité : Qu'entend-on par des soins de maternité sécuritaires en milieu rural? 16
   Interface entre la sécurité et le risque dans la prestation des soins de maternité en milieu rural 21
   Qui peut dispenser des soins de maternité sécuritaires en milieu rural? 22
   Incidences chez les nouveau-nés des populations rurales 26
   Effets de l'absence de services de maternité locaux sur l'issue périnatale 27
   Quelles sont les lacunes des recherches sur les soins de maternité en milieu rural? 30
   Sommaire 31

4. PLUS PRÈS DU DOMICILE OU PLUS LOIN DES SOINS? LES SERVICES DE MATERNITÉ DANS LES RÉGIONS RURALES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE 32
   Méthodologie 32

Réforme des soins de santé au Canada 33
La régionalisation en Colombie-Britannique 34
La régionalisation et les collectivités rurales 38
Accès aux soins de maternité en milieu rural 44
Sommaire 47

5. MÉTHODOLOGIE 49
Recherche centrée sur la collectivité, groupes de discussion et entrevues semi-structurées 49
Recherche courante : Approche et méthodes 51
Sommaire 61

6. EXPÉRIENCES DES SOINS D'OBSTÉTRIQUE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS 63
Le contexte de l'exercice en milieu rural 63
Perceptions des dispensateurs de soins quant à la sécurité des soins locaux de maternité 68
Facteurs influençant l'offre de services locaux 69
Les défis d'exercer dans une région où les services d'obstétrique sont limités 73
Amélioration du contexte de prestation des soins de maternité locaux 77
Importance des naissances locales pour l'intégrité d'une collectivité 78
Conclusions d'un dispensateur de soins 79
Sommaire 79

7. EXPÉRIENCES DES FEMMES QUI ACCOUCHENT EN MILIEU RURAL 81
Le stress d'accoucher en milieu rural 81
L'importance des naissances pour une collectivité 82
Les compromis qu'exige la naissance locale 83
La réalité des soins pour les femmes enceintes en milieu rural 84
Les arguments en faveur de la naissance locale 86
Où accoucher? 89
Recevoir des soins dans une autre localité 94
Diminution des soins d'obstétrique locaux 99
Intégration des soins 100
Doulas 102
Questions soulevées par les femmes autochtones et des Premières Nations 102
Sommaire 103

8. DISCUSSION 105
Difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural 106
L'importance des modèles interdisciplinaires des soins 106
Conséquences de l'absence de naissances locales 107
Expériences des femmes autochtones et des Premières Nations 108
Risque lié aux services d'obstétrique en milieu rural 108
Vers un nouvel équilibre 109
Établissement de services de maternité viables en milieu rural 112

9. RECOMMANDATIONS 114
Principes directeurs 114
Recommandations 115

ANNEXES
A Carte des quatre lieux de l'étude 118
B Profils des collectivités 119
C Énoncés de politique et rapports ayant guidé le processus de régionalisation des services de santé de la Colombie-Britannique depuis 1990 128
D Profil statistique sommaire des collectivités 130
E Modèle d'affiche de recrutement 131
F Liste complète des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs recrutés 132
G Guide pour les entrevues de groupe / individuelles : Femmes 133
H Texte de l'entrevue : Dispensateurs de soins et administrateurs 134
I Texte de l'entrevue : Dirigeants locaux 135

BIBLIOGRAPHIE 136

NOTES EN FIN D'OUVRAGE 150

LISTE DES TABLEAUX

1 Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles, par lieu d'étude 56
2 Lieu de naissance des habitants d'Alert Bay 120
3 Lieu de naissance des habitants de Sparwood 122
4 Lieu de naissance des habitants d'Elkford 122
5 Lieu de naissance des habitants des îles de la Reine-Charlotte 124
6 Lieu de naissance des habitants de Port Hardy 126
7 Lieu de naissance des habitants de Port McNeill 127

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

NPD	Nouveau Parti démocratique
PHSA	Provincial Health Services Authority (autorité provinciale des services de santé)
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
UBC	Université de la Colombie-Britannique
VIHA	autorité sanitaire de l'Île de Vancouver

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche comparative entre les sexes sur des enjeux liés aux politiques gouvernementales qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes afin de permettre aux personnes, aux groupes, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration de politiques équitables.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en septembre 2002, sous le thème « La restructuration économique du Canada rural : répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : le soins de longue duré et les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux, les soins obstétriques dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique, une analyse comparative entre les sexes de la politique agricole canadienne, les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire au Canada, et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

REMERCIEMENTS

Un grand nombre de personnes ont participé à ce projet et nous tenons à les remercier profondément et chaleureusement. Lana Sullivan, coordonnatrice du projet, qui a su respecter l'essence de notre approche en matière de recherche, par l'attention particulière qu'elle a portée à l'établissement de liens adéquats avec les collectivités choisies pour notre recherche. Son souci inégalé du détail dans l'organisation de la recherche et son approche rigoureuse en matière de collecte des données furent très appréciés. De même, Catlin Rideout s'est révélée une adjointe de recherche hors pair, avec qui il fut très agréable de travailler sur le terrain. Les orientations judicieuses proposées par Ann Pederson dans le domaine des politiques en matière de santé témoignaient d'une acuité remarquable et furent capitales à notre analyse globale du sujet. Liz Cooper et Michael Anhorn dont la contribution remarquable au présent document témoigne d'une incroyable capacité de s'adapter rapidement à un nouveau domaine de recherche très vaste. Outre les contributions discrètes de chaque membre de l'équipe, nous ne saurions passer sous silence l'esprit de collaboration qui a régné tout au long du projet et qui a permis de dégager une compréhension multidisciplinaire vraiment intégrée de l'expérience des soins de maternité en milieu rural.

Nous tenons également à remercier nos établissements respectifs, le Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique et le *Centre of Excellence for Women's Health* de la Colombie-Britannique, ainsi que nos collègues. L'appui soutenu qu'ils ont manifesté au modèle de recherche transdisciplinaire auquel nous aspirions a favorisé l'établissement d'un partenariat solide et véritable, qui a contribué à notre compréhension des soins de maternité en milieu rural.

Enfin, nos remerciements les plus sincères vont aux femmes et à leurs partenaires, aux dispensateurs de soins, ainsi qu'aux membres et aux administrateurs des collectivités visitées, qui nous ont relaté volontiers leurs expériences et dont les précieux commentaires sur le sujet nous a ont permis d'examiner, en toute humilité mais aussi en meilleure connaissance de cause, les questions, les difficultés et les succès liés à la prestation des soins de maternité en milieu rural. Nous avons tenté de présenter un portrait fidèle de leurs expériences en respectant le contexte dans lequel elles se sont produites.

Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski[1]
chercheurs principaux

AU SUJET DES AUTEURS

Jude Kornelsen est sociologue. Elle a réalisé de nombreuses études subventionnées, sur les conditions sociales des soins de maternité. Ses recherches actuelles portent notamment sur les expériences des soins de maternité vécues par les femmes des régions rurales, les répercussions des récentes décisions politiques sur ces expériences, les expériences des soins de maternité vécues par les femmes autochtones des milieux ruraux, ainsi que sur l'attitude des femmes envers les césariennes pratiquées à la demande. M^me^ Kornelsen est agrégée de recherche auprès du *Centre of Excellence for Women's Health* de la Colombie-Britannique et professeurs adjointe en clinique au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est également codirectrice de l'équipe Rural Maternity New Emerging Team[2].

Le D^r^ Stefan Grzybowski est chercheur en médecine familiale et directeur de la recherche au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) (professeur agrégé). Il a exercé la médecine rurale pendant douze ans sur les îles de la Reine-Charlotte (Haïda Gwaii), en Colombie-Britannique, avant de venir à UBC. Il travaille à consolider la capacité de recherche en médecine familiale et s'intéresse depuis longtemps à la recherche sur la sécurité des soins de maternité dispensés en milieu rural. Le D^r^ Grzybowski est codirecteur de la Rural Maternity New Emerging Team.

SOMMAIRE

La présente étude avait pour but d'examiner les expériences des soins de maternité vécues par les femmes des régions rurales, dans le contexte de la restructuration et de la régionalisation des soins de santé. Partant d'un modèle de recherche qualitative axée sur la communauté, nous avons interviewé 45 femmes, 27 dispensateurs de soins, cinq administrateurs des soins de santé et trois dirigeants locaux de quatre collectivités rurales de la Colombie-Britannique, dans le but de déterminer les répercussions du modèle actuel de prestation des soins de maternité sur les femmes et leur famille.

Corpus de données sur les soins de maternité en milieu rural

Un certain nombre d'études, ayant comparé les résultats de différents groupes d'hôpitaux répartis en fonction de leur taille ou du bassin de population qu'ils desservaient, ont donné des résultats contradictoires. En Norvège et en Allemagne, par exemple, les pires résultats ont été observés dans les petits hôpitaux ou dans les populations desservies par de petits hôpitaux; toutefois, la prudence s'impose avant de généraliser les conclusions de ces études au contexte canadien des soins de santé. À l'opposé, deux études canadiennes de plus faible envergure ont révélé que l'issue de la grossesse n'était pas pire dans les populations desservies par de petits hôpitaux, que dans les populations desservies par des hôpitaux plus grands, offrant des soins plus spécialisés. Plus important encore, des études réalisées dans des régions rurales des États de la Floride et de Washington ont révélé que l'issue pour le bébé était en fait *pire* dans les populations qui n'avaient pas accès localement à des services d'obstétrique que chez celles qui y avaient accès, et ce sans égard au lieu de l'accouchement.

De même, des recherches récentes viennent mettre en doute une hypothèse de longue date selon laquelle l'issue de la grossesse est reliée, en partie, au volume d'accouchements pratiqués par les dispensateurs de soins, ce qui permet d'apaiser les inquiétudes au sujet de la capacité des praticiens ruraux de maintenir leurs compétences et leurs aptitudes. Enfin, aucune recherche à ce jour n'a fait une analyse adéquate des coûts économiques et sociaux liés à l'absence de services de maternité dans les collectivités rurales.

Politique

La Colombie-Britannique n'a pas de lignes directrices exhaustives intégrées régissant la planification et la gestion des soins de maternité en régions rurales. Or bien qu'on ignore toujours les conséquences réelles de l'absence de soins de maternité locaux, on décide malgré tout d'interrompre la prestation de services locaux pour satisfaire à des impératifs financiers et aux préférences et aux craintes de certains dispensateurs de soins. Ces décisions vont pourtant tout à fait à l'encontre de l'esprit de la politique nationale sur les soins de maternité en milieu rural, selon laquelle les femmes devraient le plus possible être en mesure d'accoucher dans leur milieu.

L'évolution des structures organisationnelles, ainsi que des priorités et procédures en matière de planification, conjuguée aux compressions financières, ont créé un environnement

complexe pour les femmes, leur famille et celles et ceux qui leur dispensent des soins durant la période périnatale. La vision, qui avait été définie dans les documents de politique publiés par la Colombie-Britannique au début des années 1990 et qui prônait la prestation de soins « plus près du domicile », ne s'est pas concrétisée. Dans le cas des services de maternité en régions rurales, l'accès est devenu au contraire inégal et instable et tributaire des caprices des dispensateurs de soins et des autorités locales. Au fil des ans, une place moindre a été réservée à la responsabilité politique dans les mandats confiés aux autorités sanitaires, et les nouveaux mécanismes de responsabilisation mis en place ont réduit la participation des citoyens à la prise des décisions les concernant.

Évaluation et gestion du risque en obstétrique

Bien que notre recherche documentaire révèle que l'évaluation du risque est un outil utile dans les cas qui comportent véritablement des risques élevés, l'efficacité de cet outil est au mieux discutable lorsqu'il est appliqué aux femmes enceintes en général. Ceci est dû en partie au fait que cet outil ne tient pas compte des effets positifs, ou négatifs, des facteurs psychosociaux sur l'évolution de la grossesse et qu'il accorde trop d'importance à l'évaluation des facteurs de risque, sans prendre en compte également les facteurs psychosociaux et autres facteurs susceptibles d'atténuer ces risques. Le modèle actuel d'évaluation des risques, qui est basé sur les facteurs biophysiques ayant une incidence négative sur l'issue de la grossesse, est jugé incomplet, car la grossesse est un état complexe dans lequel interviennent des facteurs biophysiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Aussi l'évaluation du risque doit-elle intégrer et examiner plus à fond les effets de tous ces facteurs ainsi que les interactions complexes entre eux.

Conclusions

Les résultats des entrevues et des groupes de discussion que nous avons réalisés auprès des dispensateurs de soins, des administrateurs et des dirigeants locaux ont fait ressortir les difficultés qu'éprouvent les praticiens à maintenir leurs aptitudes et leurs compétences, compte tenu du faible volume d'accouchements qui sont pratiqués dans la plupart des petites collectivités, ainsi que les effets qui en résultent sur la viabilité des services. À cette prise de conscience s'oppose le constat selon lequel, malgré toutes les difficultés, il continuera d'y avoir des femmes enceintes et des accouchements en milieu rural, tant que des familles continueront d'y vivre. Les participantes et participants ont clairement exposé leurs vues sur la sécurité des soins de maternité en l'absence de services pouvant pratiquer des césariennes, ainsi que sur la manière dont cette lacune et d'autres facteurs influaient sur la viabilité des services locaux de maternité. Un grand nombre ont aussi clairement indiqué ce qu'ils croyaient nécessaire pour préserver les services locaux d'obstétrique et, bien que les critères particuliers aient varié d'un praticien à l'autre, la plupart ont fait valoir l'importance d'un processus décisionnel concerté dans le domaine des services communautaires de maternité.

Les femmes enceintes qui ont participé à l'étude ont décrit la réalités des soins d'obstétrique offerts en milieu rural, en cette période marquée par la réduction des ressources. Elles ont notamment parlé du stress causé par l'incertitude entourant la nature précise des soins offerts, de la difficulté à avoir le même dispensateur de soins sur une base continue et

des problèmes financiers qu'éprouvent les femmes qui doivent obtenir des soins à l'extérieur. D'autres ont souligné l'importance des naissances pour une collectivité et leur désir d'accoucher dans leur milieu; elles ont aussi fait mention des risques et de l'évaluation des risques et reconnu que les particularités géographiques de leur lieu de résidence avaient une incidence sur l'accès aux soins. De nombreuses femmes ont aussi exprimé le souhait d'avoir accès aux soins de sages-femmes. Enfin, les participantes autochtones ont soulevé des questions particulières liées à l'accès aux soins et aux répercussions de l'absence d'accès local.

Recommandations

La présente étude fait clairement ressortir l'importance d'un programme multidisciplinaire permanent, structuré et systématique de recherche sur les soins de maternité en régions rurales, afin de recueillir d'autres données qui permettront d'examiner adéquatement les questions clés et de guider les initiatives nouvelles ou les changements à apporter aux orientations stratégiques actuelles. Les questions à examiner sont les suivantes : Quels sont les facteurs qui font obstacle à la viabilité des soins de maternité en régions rurales? Comment pourrait-on utiliser les politiques et le mode de prestation pour aplanir ces obstacles?

Des recommandations précises, fondées sur six principes directeurs, ont été formulées concernant le système de soins de santé, les dispensateurs locaux de soins et la poursuite de la recherche. Enfin, bien que cette étude porte sur une région géographique bien particulière, les recommandations qui y sont formulées peuvent s'appliquer à toute autre autorité canadienne qui éprouve des difficultés similaires dans la prestation des soins de maternité en milieu rural.

1. INTRODUCTION

Énoncé du problème

De moins en moins de services de maternité sont offerts dans les régions rurales du Canada. Ainsi, au cours des trois dernières années, 13 des 62 services de maternité ruraux de la Colombie-Britannique ont cessé d'offrir un soutien à l'accouchement à leur collectivité. Dans certains cas, cette évolution s'inscrivait dans une transformation plus globale d'un petit hôpital rural en un centre de diagnostic et de traitement ou un centre de santé; dans d'autres cas, l'hôpital a été maintenu, mais ses services ont été réduits. Les femmes enceintes de ces collectivités doivent désormais se rendre dans une autre localité pour obtenir des soins périnatals et même aussi, dans certains cas, des services prénatals. Peu de recherches ont été menées pour documenter l'expérience des femmes et des familles qui n'ont plus accès des services d'obstétrique dans leur collectivité. La présente étude avait pour but de découvrir les expériences des femmes des régions rurales, d'une manière qui nous permette de comprendre les effets sociaux et psychologiques causés par la limitation de l'accès local aux services, et les répercussions possibles de cette limitation sur l'expérience de la naissance. Les femmes ne sont toutefois pas les seules touchées par ce tourbillon de changement, lequel se répercute également sur les dispensateurs de soins d'obstétrique, pour la plupart des médecins de famille et des infirmières. Certains éprouvent un certain soulagement du fait d'être libérés de la responsabilité d'offrir des soins d'obstétrique. D'autres, par contre, sont peinés d'avoir à abandonner un volet de leur exercice qu'ils chérissaient. D'autres encore, conscients du niveau de soutien dont elles et ils ont besoin pour offrir des services en toute confiance, reconnaissent ne plus avoir de choix puisque ce soutien n'est plus là, et ils se consolent en se disant qu'ils ne peuvent faire plus.

Aperçu du rapport

Qu'est-ce qui a provoqué de tels changements? Dispose-t-on de nouvelles données démontrant les dangers associés à la prestation de services d'obstétrique dans les petits hôpitaux? Dispose-t-on de nouvelles données sur les coûts ou la qualité des soins dans les petits hôpitaux, qui viennent étayer pareils changements? Ce rapport intègre les résultats d'un examen exhaustif des politiques, des recherches et des études épidémiologiques sur lesquels s'appuie notre compréhension actuelle des soins de maternité en régions rurales. Comme le système régionalisé actuel de soins de maternité s'appuie sur les notions biomédicales du risque, un examen distinct de la documentation sur les risques, l'évaluation du risque et les critiques à l'égard des risques vient compléter le contexte théorique de la présente recherche.

Le rapport commence par un examen des documents de politique qui ont été publiés au cours des 15 dernières années en Colombie-Britannique, cet examen ayant pour but de définir le contexte dans lequel se sont amorcés les changements auxquels nous assistons actuellement (chapitre 4). Ironiquement, ces documents incluent un certain nombre de fermes recommandations en faveur de la prestation de soins plus près du domicile, ces recommandations s'appuyant sur le droit des femmes des régions rurales d'accoucher

dans leur collectivité. Cependant, malgré ces recommandations, les femmes de certaines collectivités que nous avons étudiées doivent aujourd'hui – pour la première fois de l'histoire de leur collectivité – se rendre dans une autre localité pour obtenir des soins d'obstétrique de base. Ce constat est particulièrement émouvant dans le cas des collectivités autochtones dont la présence à un endroit remonte à 10 000 ans. Examinées en regard de ce contexte historique, ces récentes initiatives dans le domaine des soins prénatals indiquent, tout au moins, la nécessité de procéder à une évaluation exhaustive des effets provoqués par ces changements, évaluation qui doit commencer par un examen des données actuelles sur la sécurité des soins de maternité en milieu rural – thème du chapitre 3.

La notion de risque est le dernier thème important que nous examinons, pour définir le contexte devant servir de toile de fond aux récits des femmes et des dispensateurs de soins. De l'avis de certains, les soins d'obstétrique en régions rurales se résument d'abord et avant tout à une question de risque, c.-à-d. à la détermination, l'évaluation et la gestion du risque. Ainsi, la rationalisation des stratégies de régionalisation des services périnatals repose en grande partie sur l'évaluation des risques et l'adoption de mesures pour pallier les risques identifiés. Certes, ces stratégies nous ont permis de faire des gains appréciables, en réduisant la mortalité périnatale, en particulier chez les bébés de faible, et très faible, poids à la naissance. Mais qu'advient-il lorsqu'une stratégie conçue pour une faible proportion des femmes en âge de procréer, en l'occurrence les femmes qui présentent des facteurs de risque manifestes, est appliquée à l'ensemble de la population? Une analyse probante de ce que le risque permet de mesurer — et de ce qu'il passe actuellement sous silence — nous aidera à répondre à cette question.

Notre recherche a été menée en Colombie-Britannique. Bien que ce choix ait été quelque peu fortuit puisque le lieu a été choisi en partie en fonction de l'endroit où nous vivons et travaillons, on peut se demander s'il y a vraiment des hasards dans la vie. Il est en effet important de noter que, contrairement au Manitoba et à la Saskatchewan, la Colombie-Britannique avait jusqu'alors échappé à la réduction marquée du nombre de petits hôpitaux dans les régions rurales. Cette situation s'explique en partie par le profil géographique particulier de cette province au relief montagneux et côtier, qui rend parfois difficiles les déplacements et l'accès aux hôpitaux des régions voisines durant l'été, sans parler de l'hiver. Or malgré ces difficultés, nous observons aujourd'hui d'importantes fermetures qui rendent notre recherche d'autant plus pertinente. Dans certains cas, les services de maternité locaux ont été fermés subitement, entre le moment où les participantes à l'étude sont devenues enceintes et celui où elles ont accouché.

Les collectivités rurales que nous avons eu le privilège de visiter ont toutes une philosophie unique qui reflète leur emplacement, leur géographie, leur histoire et leur population. Toutes sont situées dans un cadre magnifique qui nous permet facilement de comprendre l'importance et la force des liens qui unissent ces femmes à leur milieu. Nous sommes reconnaissants aux femmes, aux dispensateurs de soins et aux dirigeants locaux qui ont rendu possible la réalisation de cette étude et la rédaction subséquente du présent rapport. Les collectivités qui ont si généreusement accepté de participer à l'étude sont illustrées sur la carte présentée à l'annexe A et sont décrites plus en détail à l'annexe B. Le présent rapport est ponctué de récits qui relatent les vues et les expériences des femmes et des familles qui choisissent de vivre et

de travailler dans ces collectivités. Nous espérons que leurs récits aideront à mieux comprendre les réalités sociales engendrées par ces changements de politiques. De toute évidence, toutes les décisions qui influent sur la prestation des soins de maternité en régions rurales doivent permettre d'éprouver un sentiment de satisfaction quant à notre capacité de répondre aux besoins de ces populations.

Les chercheurs

Jude Kornelsen est sociologue, elle possède une vaste expérience de la recherche sur l'expérience de la naissance et cherche activement à faciliter et à promouvoir la profession de sage-femme à travers le Canada. Le D[r] Stefan Grzybowski est un médecin de famille qui s'intéresse depuis longtemps à la sécurité des soins de maternité en milieu rural et aux moyens d'assurer la viabilité de ces services. Les travaux qu'ils ont menés au cours des deux dernières années leur ont permis d'obtenir un certain nombre de subventions. Leur collaboration repose sur leur détermination mutuelle à faire progresser les recherches sur les soins de maternité en régions rurales, dans le but de mieux comprendre les besoins des femmes qui accouchent dans ces régions et ceux de leurs familles, et aussi de déterminer les moyens qui permettraient d'y satisfaire. Leurs travaux reconnaissent la complexité du contexte à l'intérieur duquel il a progression et régression des services d'obstétrique en milieu rural et tous deux sont profondément respectueux de la possibilité qui leur est offerte de tenter de changer les choses. Le présent rapport, qui s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste, est le fruit d'une collaboration avec d'autres chercheurs, dont certains figurent parmi les co-auteurs du rapport. Le rapport final reflète les pensées et l'enthousiasme de l'ensemble de l'équipe.

Concepts et terminologie

Les préoccupations quant à la sécurité des petits services d'obstétrique dans les collectivités rurales sont liées à l'impossibilité d'y pratiquer des césariennes. Bien que, dans la plupart des cas, le travail et l'accouchement se déroulent sans qu'il soit nécessaire d'intervenir et que l'accouchement se fasse spontanément par voie vaginale, il est impossible de prévoir de façon absolue dans quelles circonstances il n'en sera pas ainsi. C'est cette incertitude qui sert de fondement aux arguments invoqués pour prétendre que les accouchements doivent se faire très près d'un endroit où peuvent se pratiquer des césariennes.

Le terme **autochtone,** aux fins du présent document, s'entend au sens de la définition utilisée par Statistique Canada et fait référence aux résidantes et aux résidants du Canada, dont les origines remontent aux Premières Nations qui habitaient ce qui est aujourd'hui le Canada, à l'arrivée des premiers Européens. Ce terme inclut également les personnes qui ont acquis les droits des Autochtones en vertu de la loi (p. ex., les épouses d'Autochtones).

Dans le cadre du présent projet, ce terme s'applique uniquement aux personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les indiens* du Canada. Enfin, comme certaines participantes et certains participants se sont aussi identifiés comme membres des Premières Nations, nous avons aussi utilisé ce terme dans ce rapport.

Les **soins périnatals** font référence aux soins dispensés durant la période qui entoure l'accouchement, et plus particulièrement durant les cinq mois qui précèdent et le mois qui suit l'accouchement.

Le **taux de mortalité périnatale** correspond au nombre annuel de mortinatalités et de morts néonatales précoces (décès durant la première semaine de vie) par 1 000 naissances totales (incluant les mortinatalités). La mortinatalité fait référence à un décès qui survient à un âge gestationnel de 28 semaines et plus.

Sur le plan technique, la **primiparité** désigne une femme qui a mené une grossesse à terme; ce terme est toutefois souvent utilisé également pour désigner une femme qui est enceinte pour la première fois et qui n'a pas encore accouché. Afin d'être fidèles aux citations des participantes et des participants, nous avons utilisé les termes qu'elles et ils avaient employés.

Dans le cadre du présent rapport, le terme **régionalisation** fait référence aux deux phénomènes suivants. Sur le plan des politiques, ce terme désigne le processus qui consiste à transférer, des responsables de la planification centralisée aux autorités sanitaires régionales, les responsabilités financières et administratives liées à la prestation des soins de santé. Dans le contexte des soins de maternité, ce terme désigne un système de soins périnatals régionalisés en vertu duquel le niveau de soins varie selon le type d'installations. Cette double interprétation reflète l'usage multiple qui est fait de ce terme, dans les contextes respectifs des politiques de santé et des soins de maternité.

2. ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE

> Depuis l'antiquité, des observateurs reconnaissent que la morbidité et la mortalité chez le foetus et la mère sont parfois précédées de caractéristiques et de situations particulières.

Depuis toujours, les dispensateurs de soins et les futurs parents cherchent à évaluer et à corriger les conditions physiques et sociales que l'on croit responsable des issues défavorables de la grossesse. Au début des années 1900, les ouvrages d'obstétrique ont commencé à dresser une liste des facteurs de risque associés à l'issue défavorable de la grossesse. Puis, au cours des années 1960, des systèmes de cotation des risques sont devenus répandus et le nombre de systèmes normalisés officiels a augmenté de façon considérable. Bien que les conditions évaluées et les méthodes d'évaluation aient changé radicalement au fil des ans, le concept de l'évaluation et de la gestion des risques liés aux soins d'obstétrique demeure un important volet de la prestation des soins. Aujourd'hui, l'évaluation des risques intègre le jugement clinique des dispensateurs de soins aux lignes directrices et aux indices normalisés d'évaluation des risques. Au cours des 30 dernières années, l'utilisation d'indices normalisés d'évaluation des risques est devenue pratique courante pour bon nombre de dispensateurs de soins de maternité, même si l'efficacité et l'exactitude de ces indices restent à prouver.

De fait, un nombre croissant d'ouvrages didactiques et cliniques mettent en doute les aspects théoriques et pratiques de l'évaluation des risques et soulèvent des questions quant aux répercussions de ce discours axé sur la probabilité globale d'une issue négative. À cela s'ajoutent des préoccupations liées à une trop forte dépendance envers les outils d'évaluation des risques qui, croit-on, donnent une vue réductionniste de la grossesse et de la naissance, qui sont alors perçues comme un événement biomédical plutôt que comme un phénomène vital, holistique et intégré.

Il est donc essentiel de comprendre, non seulement dans quelle mesure l'interprétation actuelle de l'évaluation des risques a influencé la prestation normale des soins de maternité à un niveau structurel, mais aussi comment les dispensateurs de soins ont assimilé ces notions de risque et comment cela s'est répercuté sur leurs rapports avec leurs patientes. Nous examinons dans ce chapitre la situation actuelle, quant à l'utilisation de l'évaluation et de la gestion des risques dans le domaine des soins de maternité et nous examinons les critiques formulées à l'endroit des interprétations courantes. L'analyse présentée définit les fondements à l'appui d'un cadre d'évaluation des risques élargi, basé sur les résultats du présent projet de recherche, pour guider les décisions concernant les lieux de naissance, pour les femmes en milieu rural (voir les chapitres 7 et 8).

Survol de l'évaluation du risque

> L'incertitude fait partie intégrante de la vie et du début de la vie. Elle est également au coeur de la définition du risque.

Auparavant, l'évaluation du risque faisait référence à la probabilité de survenue d'un événement. Cette expression a toutefois perdu sa connotation neutre et elle fait aujourd'hui référence à la probabilité de survenue d'un événement *négatif*. C'est en effet cette connotation qui se dégage du document de l'Organisation mondiale de la santé dans lequel il est dit ce qui suit : « Le risque suppose que la probabilité de conséquences défavorables augmente en présence d'un ou de plusieurs caractères ou facteurs ». Or le fait d'orienter ainsi notre mode de pensée sur la probabilité d'issues négatives a d'importantes répercussions psychosociales sur les soins d'obstétrique, à la fois pour les dispensateurs de soins et les consommateurs, notamment en faisant naître le sentiment que les obstacles potentiels font partie de tout accouchement normal ou que l'accouchement ne peut être qualifié de normal qu'en rétrospective. L'évaluation prénatale du risque est née de ce désir d'anticiper ce que ces obstacles pourraient être et elle témoigne d'une inquiétude à se fier uniquement au jugement clinique pour prévoir ces obstacles. Comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, cette notion crée le besoin de mettre au place des méthodes pour déterminer d'une manière objective « les facteurs associés à l'issue défavorable de la grossesse ».

Ce désir profond d'évaluer et de gérer les risques prend appui sur l'exercice fondé sur les faits, une des pierres angulaires des soins de santé modernes. Ainsi, comme l'indiquent Sackett *et al.* (1996:71) : « L'exercice fondé sur les faits fait référence à l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleures données actuellement disponibles, pour décider des soins à dispenser à une personne… l'exercice fondé sur les faits consiste en l'intégration de l'expertise clinique individuelle aux meilleures données cliniques extérieures, extraites de la recherche systématique. » La publication de l'ouvrage *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, qui proposait une revue des recherches scientifiques sur les pratiques courantes et recommandées durant la grossesse et l'accouchement, a marqué un pas important en faveur d'un exercice fondé sur les faits en obstétrique.

Systèmes de cotation du risque : Outils et techniques

> Le but premier d'un système de cotation des risques est de répartir les femmes en différentes catégories à l'égard desquelles peuvent être planifiées, recommandées et mises en oeuvre des mesures particulières.

Une recherche documentaire américaine effectuée en 1989 (Alexander et Keirse) a relevé au moins 45 systèmes normalisés, conçus pour évaluer les facteurs de risque associés à l'issue négative de la grossesse. En 1994, Hall a recensé 12 autres systèmes d'évaluation du risque qui étaient largement utilisés au Canada. Selon LeFevre *et al.* (1989:691), tous les indices de cotation des risques ont en commun les trois principes suivants :

- un certain nombre de facteurs de risque obstétrical peuvent être associés à un élément précédant l'accouchement;
- ces facteurs de risque sont quantifiables;
- ces facteurs de risque quantifiables sont cumulatifs, la somme de chacun de ces facteurs représentant le niveau global de risque obstétrical.

Les systèmes de cotation du risque incluent invariablement une évaluation des facteurs biomédicaux. Très peu, en revanche, évaluent les facteurs socio-économiques comme le niveau de revenu, le soutien social ou le stress dans une relation – des facteurs que l'on sait pourtant fortement liés à l'issue défavorable de la grossesse. Leurs similarités se limitent toutefois à cela, puisque chaque échelle a tendance à évaluer différents facteurs de risque. Ainsi, certaines attribuent à chaque facteur de risque un poids différent dans le calcul de la cote finale, alors que d'autres pondèrent tous les facteurs également. Autre différence, certains systèmes s'appuient sur une seule évaluation du risque et d'autres prévoient de multiples évaluations tout au long de la grossesse.

À la suite de la régionalisation des services périnatals (censée améliorer les soins périnatals et l'issue de la grossesse et faciliter le respect des compressions budgétaires), les systèmes normalisés de cotation du risque sont devenus de plus en plus populaires comme moyen de déterminer les grossesses « à haut risque » nécessitant un suivi dans un centre régional plus gros. Malheureusement, comme nous le verrons dans la section qui suit, la fiabilité et la spécificité de ces systèmes sont mises en doute, car ceux-ci ne tiennent pas compte de la complexité de la vie des femmes enceintes.

Critiques de l'évaluation et de la gestion des risques appliquées aux soins de maternité

Au cours des 20 dernières années, de nombreux chercheurs et théoriciens ont formulé des critiques à l'endroit de la théorie de l'évaluation et de la gestion du risque et de l'usage moderne qui en est fait. Ces critiques s'inscrivent généralement dans l'une des trois catégories suivantes : critiques liées aux concepts théoriques; critiques portant sur les systèmes de cotation des risques et critiques liées à la mise en oeuvre de l'évaluation des risques. Le reste du présent chapitre est consacré à l'examen de ces trois volets.

Critiques théoriques à l'endroit de l'évaluation et de la gestion du risque

> La philosophie réductionniste est une très mauvaise approche pour tenter de comprendre le fonctionnement des systèmes biologiques vivants, car elle offre une vision limitée d'un portrait beaucoup plus vaste. La philosophie réductionniste fait naître des idéologies extrêmement dangereuses du déterminisme biologique et des technologies, elles aussi extrêmement dangereuses.

L'évaluation et la gestion du risque ont été proposées comme méthode objective, rationnelle et non biaisée pour faire face aux risques durant la grossesse. Récemment, toutefois, cette approche a été remise en question, comme en fait foi ce récent éditorial de Denis Walsh (2003:474) :

« Il convient d'exposer la gestion du risque pour ce qu'elle est vraiment, c'est-à-dire non pas une approche objective et rationnelle, mais une démarche socialement biaisée en faveur de certaines valeurs et motivée par des objectifs politiques visant à appuyer les décisions dans le domaine des soins de santé ». Les outils et les politiques utilisés pour l'évaluation des risques sont empreints de biais professionnels et institutionnels qui déterminent quels risques sont pris

en considération et lesquels ne le sont pas a été fait pour éliminer les biais culturels dans ces systèmes. Presque tous ont été conçus en fonction d'une perception occidentale de la santé et se limitent à la santé *physique*, faisant abstraction des aspects émotionnels, sociaux et spirituels aujourd'hui reconnus comme des déterminants de la santé physique. Comme le fait remarquer Nesbitt (1989: 696), les facteurs de risque biomédicaux pourraient avoir différents effets cumulatifs si l'on y combinait divers facteurs socio-économiques et démographiques. Le fait de ne pas tenir compte des facteurs psychosociaux dans l'évaluation de la grossesse est particulièrement important dans le contexte des soins primaires dispensés en régions rurales, où les facteurs de risque biophysique traditionnels sont moins nombreux mais où, comme le soulignent LeFevre *et al.* (1989: 692), « les facteurs socio-économiques et psychosociaux pourraient à l'inverse prendre une importance relativement plus grande ». Le formulaire d'évaluation de la santé (ALPHA) récemment mis au point et évalué par des chercheurs canadiens, est une exception notable aux systèmes faisant abstraction des facteurs émotionnels et sociaux. Cependant, même cet outil n'évalue que les facteurs psychosociaux susceptibles de nuire à l'issue de la grossesse et il ne mesure pas les forces psychosociales qui pourraient atténuer d'autres facteurs de risque ou améliorer l'issue.

De l'avis de plusieurs, ce discours axé sur les risques a modifié notre perception de la grossesse, laquelle n'est plus considérée comme un phénomène naturel qui requiert à l'occasion une intervention pour protéger la santé de la mère et de l'enfant, mais comme un processus pathologique qui exige une surveillance constante et une intervention. Cette perception relative au besoin de surveillance et d'intervention crée un déséquilibre des forces entre les intervenants et les femmes qui accouchent, et diminue la confiance des femmes quant à leur capacité physique de donner naissance. Cette méfiance culturelle face à notre organisme, et la métaphore y afférente au sujet du corps humain perçu comme un appareil défectueux qui a besoin de réparations, non seulement découle de cette vue réductionniste de la grossesse et de la naissance, mais vient en plus la renforcer, limitant ainsi notre capacité de voir ce phénomène comme un ensemble intégré de facteurs physiologiques, psychosociaux, spirituels et environnementaux complexes.

Les chercheurs ont également souligné la manière dont les dispensateurs de soins peuvent utiliser ce discours axé sur le risque pour cultiver la peur et convaincre les futurs parents de suivre leurs conseils. On leur parle des risques d'issues défavorables, mais on ne les informe presque jamais du nombre de bébés en santé qui naissent, malgré les mêmes facteurs de risque en présence. Un nombre croissant de chercheuses et de chercheurs ont aussi documenté la pratique de certains dispensateurs de soins qui tiennent auprès des futurs parents un discours sur les risques empreint de préceptes moraux. Les parents ont alors l'impression qu'ils seront blâmés pour toute issue défavorable ou qu'ils seront considérés « à haut risque » s'ils choisissent de s'écarter des recommandations de leur dispensateur de soins. Loin d'assurer une évaluation objective et rationnelle, ce discours sur le risque peut devenir une forme de contrôle alimentée par la peur et la moralité.

En fait, selon ce discours, c'est essentiellement le corps de la femme qui est le siège du risque. C'est la femme, et son corps, qui mettent en danger la santé du futur bébé, une perception qu'est venue corroborer la progression de la profession de l'obstétrique axée sur

la surveillance, de même que la philosophie de la naissance envisagée comme une pathologie. « Les obstétriciens sont devenus les défenseurs du foetus, laissant les femmes seules pour lutter contre cet adversaire qui s'est fait – dans le foetus – un allié de taille » voir aussi. Par contre, le potentiel iatrogène des interventions médicales comme source du risque est beaucoup moins présent dans ce discours et, en général, seuls les ouvrages de médecine parallèle en font mention, malgré les risques connus de certaines interventions.

Comme le langage peut être utilisé pour influencer le mode de soins à privilégier, certains auteurs allèguent qu'il remet en question le processus de consentement éclairé, en raison de la nature de l'information qui est présentée. Le consentement éclairé est « l'autorisation autonome que donne une personne qui consent ainsi à subir une intervention médicale... elle désigne également le processus officiel qu'exigent les institutions avant d'autoriser l'exécution d'une intervention ». Selon Mann et Albers, deux principes sous-tendent la théorie du consentement éclairé, à savoir la *bienfaisance* et le *respect de l'autonomie*. La bienfaisance fait référence au concept visant à ne pas faire de mal et à promouvoir le bien-être du patient. Le respect de l'autonomie consiste à respecter les opinions, les choix et les valeurs de la personne et à ne pas faire obstacle à son auto-détermination ». Alors qu'il est nécessaire de discuter des risques pour obtenir un consentement éclairé, le déséquilibre des forces qui caractérise la relation entre le dispensateur de soins et le patient, ainsi que les préceptes moraux sous-jacents qui ressortent clairement des discussions, transgressent le deuxième principe et font en sorte qu'il est plus difficile d'obtenir un consentement éclairé.

Notre interprétation actuelle du risque durant la grossesse et l'accouchement a engendré une vision et une pratique culturelles de la grossesse qui reposent sur une pensée catastrophiste. Bien que cette situation soit attribuable en partie à notre malaise culturel face à l'ambiguïté et à l'incertitude et à notre désir de prévoir, elle est également renforcée par les impératifs et les hypothèses de notre organisation sociale qui privilégient l'offre et l'utilisation de la technologie et l'adoption de solutions institutionnelles pour résoudre des problèmes locaux. Cette tendance se reflète dans le type d'information qui est présentée, laquelle met présentement l'accent sur les facteurs physiologiques et biomédicaux et fait abstraction des risques psychosociaux ou spirituels inhérents à un mode de soins particulier. En raison des biais culturels dont sont empreints l'objectif et le langage du risque, les dispensateurs de soins sont susceptibles d'utiliser ce discours pour donner crédit à des décisions appuyant des facteurs (y compris le niveau de confort et les attitudes à l'égard du niveau de risque approprié) que les femmes *devraient* adopter.

Critiques à l'égard des systèmes d'évaluation des risques

> Quelles preuves avons-nous sur les systèmes normalisés de cotation du risque obstétrical? Améliorent-ils l'issue périnatale? Offrent-ils un bon outil de dépistage? La cotation du risque pourrait-elle au contraire être nocive? S'agit-il d'un cas où l'expression « à données erronées, résultats erronés » pourrait s'appliquer?

Malgré l'abondance de systèmes de cotation du risque, aucun n'échappe aux critiques quant à l'inadéquation d'appliquer les résultats de ces évaluations à une grossesse en particulier, à l'absence de prédicteurs psychosociaux et à la fiabilité globale de ces systèmes.

« L'évaluation du risque obstétrical suppose une mesure de régularité dans l'issue de la grossesse » alors que, comme nous l'avons mentionné précédemment, la normalité se définit par un intervalle qui défie toute régularité et prévisibilité. Ainsi, les femmes sans facteur de risque préalable peuvent éprouver des difficultés, tandis qu'un grand nombre qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque auront une grossesse, un travail et un accouchement tout à fait normaux. Cette situation est due à la confusion entre corrélation et causalité. Même si une particularité de la grossesse ou un « facteur de risque » peut être associé à une issue défavorable, il n'existe pas nécessairement un lien de causalité entre les deux. De fait, à quelques exceptions près, on ne comprend pas pourquoi la grande majorité des facteurs de risque ont une incidence sur la grossesse. Par conséquent, le fait de neutraliser les facteurs de risque connus pourrait avoir peu, ou pas, d'effet sur l'issue de la grossesse et irait même à l'encontre de l'objectif même de l'évaluation du risque. Plusieurs auteurs ont souligné que ceci annule la rationalité du recours à l'évaluation des risques pour toutes les grossesses, sauf celles présentant les plus hauts risques et il s'agit d'une véritable lacune de la documentation. Il semble que Enkin (1994: 133) a bien résumé les motifs qui justifient l'usage continu de l'évaluation des risques : « Il est difficile de s'objecter à l'utilisation d'une démarche axée sur la gestion des risques en obstétrique, car cette notion de gestion du risque est un produit de notre culture. Elle est devenue à ce point intégrée aux soins de maternité qu'il serait difficile d'imaginer un autre modèle de soins ».

Outre l'inadéquation d'appliquer les résultats de l'évaluation des risques à une grossesse en particulier, les indices de risque sont déficients en ce qui a trait à l'identification des principaux prédicteurs des issues périnatales défavorables. Au Canada, par exemple, Hall (1994) a constaté qu'aucun des douze systèmes de cotation des risques qu'il a étudiés ne tenait compte du statut d'autochtone et que deux seulement incluaient quelques facteurs « sociaux » comme déterminants du risque obstétrical, en dépit du fait que, selon l'Institut canadien de recherche sur la santé, la pauvreté et le statut d'autochtone sont les deux principaux prédicteurs de la mortinatalité et de la mort périnatale au Canada. Hall a également remarqué que la plupart font abstraction d'autres très importants facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool et les anomalies foetales présentes. Or pareilles omissions sont particulièrement importantes lorsque l'évaluation des risques sous-tend des décisions concernant les lieux de naissance pour les femmes vivant en régions rurales, dont un grand nombre sont des Autochtones ou présentent d'autres facteurs socialement complexes. Cette absence de sensibilité culturelle des systèmes normalisés d'évaluation des risques soulève des questions quant à leur généralisabilité culturelle et *géographique*. LeFevre *et al.* (1989) ont ainsi fait la preuve que les *résultats normalisés* obtenus avec au moins un système de cotation du risque *ne pouvaient être généralisés aux femmes des régions rurales*, et ceci soulève à leur avis de sérieux doutes quant à la généralisabilité d'autres systèmes de cotation des risques, dont la plupart ont été normalisés en regard de populations urbaines.

Bon nombre d'auteurs ont également fait valoir que les systèmes de cotation du risque ne mesurent que des facteurs quantifiables, alors qu'un grand nombre de facteurs non quantifiables influent sur la grossesse. Comme l'indiquent Enkin et Chalmers (1982: 285),

« bien que les effets de la bonté et de la bienveillance sur les issues mesurables de la grossesse puissent être difficiles à démontrer, ces qualités sont bénéfiques en soi. Il existe bien des facteurs qui importent vraiment mais qui ne peuvent être mesurés. »

À cela s'ajoutent les données contradictoires au sujet de la fiabilité des systèmes de cotation du risque. À titre d'exemple, le nombre de faux positifs et de faux négatifs est nettement supérieur au taux qui serait normalement toléré pour d'autres tests de dépistage. De fait, Hall (1994: 1242) prétend qu'au Canada la moitié environ de la mortalité et de la morbidité périnatales surviennent chez des grossesses à « faible risque », et certains chercheurs estiment que le taux de faux positifs atteint parfois jusqu'à 96 % voir aussi. De même, un examen du guide d'évaluation du risque du Ontario Antenatal Record a révélé que la fiabilité de ce système était très faible. En définitive, l'absence de fiabilité des systèmes de cotation et d'évaluation fait en sorte qu'il est difficile d'interpréter clairement les différents résultats. À titre d'exemple, « rien n'indique qu'une femme dont l'indice de risque est de 9 soit trois fois plus susceptible d'avoir des problèmes qu'une femme dont l'indice est de 3 » (Hall, (1994:1241).

Outre cette absence de spécificité et de fiabilité, l'application de systèmes de cotation du risque (et souvent d'outils d'évaluation des risques) peut faire en sorte que la grossesse sera qualifiée à risque élevé. Des chercheurs de Colombie-Britannique et d'Allemagne ont examiné les effets sur les femmes enceintes d'être ainsi considérées à hauts risques. Ces deux études ont révélé que cette « étiquette » peut avoir un effet négatif sur l'état psychosocial des femmes, en augmentant leur stress et en leur donnant un sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle. Dans les collectivités rurales, cet effet est exacerbé par les répercussions financières, physiques et sociales pour les femmes qui ne peuvent accoucher dans leur milieu, et le stress supplémentaire qui en découle.

Critiques liées à la mise en oeuvre des systèmes d'évaluation des risques

> Dans les cas où il existe vraiment un risque élevé, cela [l'approche axée sur la gestion des risques] a donné de bons résultats. Cependant, une forme de soins qui offrent des avantages incontestés pour certains n'est pas nécessairement bonne pour la majorité.

Malgré cette mise en garde rationnelle d'Enkin et malgré l'absence de données attestant de l'efficacité de cette approche, l'évaluation du risque a été appliquée à la « majorité ». Parmi les autres critiques exprimées au sujet de l'utilisation de cette approche, mentionnons l'influence possible des stéréotypes raciaux et culturels, l'abstraction qui est faite de l'importance du contexte social, la difficulté à communiquer les résultats aux futurs parents, les différences entre les dispensateurs de soins et les femmes qui accouchent quant à l'ordre de priorité des différentes catégories de risque, ainsi que la peur croissante de litiges et la dépendance envers l'évaluation du risque dans l'espoir d'éviter les poursuites.

De plus en plus de données démontrent que les conclusions tirées de l'évaluation du risque et la détermination du niveau de risque sont souvent influencées par les stéréotypes raciaux et culturels des dispensateurs de soins. Handwerker, par exemple, a relevé des cas où un dispensateur de soins a fait une évaluation radicalement différente d'un même comportement

observé chez des patients de races différentes. L'incorporation de la race parmi les facteurs de risque n'a un avantage qui si la race est examinée avec d'autres déterminants sociaux de la santé, comme le niveau de scolarité et la situation socio-économique.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'évaluation des facteurs de risque se limite souvent à la femme et à sa condition biomédicale et elle englobe rarement d'autres facteurs et tient encore plus rarement compte du réseau social et du soutien familial de la femme. Or en excluant ainsi les réseaux de soutien de la femme dans l'analyse de son état de santé, le dispensateur de soins fait sans doute abstraction des facteurs de risque potentiels et des mécanismes de soutien susceptibles d'influencer les risques connus – des éléments qui pourraient s'avérer particulièrement pertinents pour les femmes qui accouchent en régions rurales, car un grand nombre ont accès à un vaste réseau de soutien social qui découle de l'importance qu'elles accordent à l'appartenance à une collectivité.

Un autre volet important de l'évaluation du risque a trait à la communication et à la compréhension des facteurs de risque et des options qui s'offrent pour pallier les risques potentiels. De plus en plus d'ouvrages évoquent l'absence de communication efficace des résultats comme une lacune importante des stratégies d'évaluation des risques. Les futurs parents ont souvent de la difficulté à interpréter une probabilité exprimée en termes de 1 pour 100 000 et, même après une explication exhaustive, il arrive que les parents aient une perception du risque qui diffère de celle de leurs dispensateurs de soins. Cette interprétation différente du risque pourrait être attribuable aux différences qui existent entre les dispensateurs de soins et les patients, quant au classement des catégories de risque. Selon Enkin (1994), les risques envisagés par les médecins s'inscrivent généralement dans l'une des trois catégories suivantes : les risques pour la mère, les risques pour le bébé et les risques pour le médecin. Alors que les risques examinés par les parents incluent ceux pour la mère et le bébé, ils englobent aussi souvent les risques pour les autres enfants, la famille élargie et la collectivité, de même que le risque d'intervention médicale. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés limite notre capacité de faire une interprétation globale du risque qui tienne compte des réalités de la femme enceinte, et cette interprétation devient même totalement absente si le dispensateur de soins ne fonde ses décisions que sur ces outils.

Enfin, de plus en plus croient que l'évaluation du risque est aujourd'hui davantage motivée par la crainte des poursuites, que par des besoins médicaux ou une médecine fondée sur les faits. « Les médecins exercent une médecine défensive, selon laquelle ils ont tendance à considérer leurs patients comme des adversaires », et ils ont souvent recours à plus d'analyses de laboratoire et plus d'interventions – par exemple des césariennes – que celles qui serait exigée par une médecine fondée sur les faits. Enkin attribue cette tendance à la hausse des coûts des assurances contre la faute professionnelle et à la crainte des fournisseurs de soins d'être l'objet de poursuites. Enkin, un chercheur américain, note par ailleurs que, bien que le taux de réclamations pour fautes professionnelles au Canada ne représente qu'un huitième du taux enregistré aux États-Unis, les médecins canadiens ressentent une crainte « presque identique » d'être poursuivis que leurs homologues américains, une allégation que vient corroborer l'arrivée des bureaux de gestion des risques et des coordonnateurs des risques dans les hôpitaux. De même, de plus en plus d'ouvrages

informent les dispensateurs de soins sur les sources fréquentes de litige et sur la manière de les éviter par l'utilisation des techniques d'évaluation des risques.

Évaluation des risques liés aux soins de maternité : En faveur d'une approche holistique

> Le corps de la femme enceinte n'est pas une simple machine, mais un ensemble complexe de paramètres spirituels et physiques, de sentiments et d'émotions, qui ont tous une incidence sur le bien-être du foetus.

D'autres examens de la gestion des risques ont proposé de remplacer l'évaluation des risques liés aux soins obstétriques, par une démarche de pondération plus holistique et mieux équilibrée. Les changements doivent s'appuyer sur une interprétation de la santé qui va au-delà des contraintes de la biomédecine qui inclut les nombreuses autres influences psychosociales et qui reconnaît que la naissance et la mort sont inextricablement liées. Comme le souligne Nolan (2002: 130-131), les dispensateurs de soins doivent tenter de « rétablir l'acceptation et la notion, qui se sont perdues au fil des ans, selon lesquelles la naissance et la mort, ainsi que la naissance et la maladie, sont parfois étroitement liées ». Cette chercheuse allègue qu'il est de la responsabilité du dispensateur de soins d'aider les parents à se préparer à de telles éventualités, durant ses discussions sur les risques et le consentement éclairé.

Le fait d'admettre que la possibilité d'une issue défavorable fait partie intégrante de la naissance (et de la vie) pourrait mener à l'acceptation de l'incertitude et atténuer ainsi notre besoin de prévoir et de contrôler la naissance. L'instauration d'un climat moins empreint d'urgence pour examiner la probabilité d'issues négatives pourrait amener les praticiens à repenser l'évaluation des risques et à percevoir ce mécanisme comme un des nombreux outils qu'ils peuvent utiliser pour mieux comprendre les expériences variées d'une femme parturiente. Une telle perspective pourrait nous donner une interprétation plus précise de la validité et des lacunes des outils et des stratégies d'évaluation des risques et nous permettre de mieux comprendre les limites des résultats.

Walsh (2003: 474) a recommandé que les dispensateurs de soins modifient leur approche afin de ne plus « évaluer seulement les facteurs de risque, mais aussi les facteurs susceptibles d'être bénéfiques ». À son avis, une telle approche favoriserait une évaluation plus globale des soins de maternité et inciterait les dispensateurs de soins à tenir compte de facteurs dont fait normalement abstraction la médecine occidentale traditionnelle, mais qui sont néanmoins importants pour le bien-être de la femme, de son enfant, de sa famille et de sa collectivité.

Une fois que l'on a compris les limites structurelles du concept de l'évaluation des risques, des modifications peuvent y être apportées. Il a été proposé par exemple que les dispensateurs de soins trouvent des moyens de reconnaître et d'éliminer les stéréotypes et les concepts raciaux qui influencent leur interprétation des risques. Tant que cela ne sera pas fait, l'évaluation des risques continuera d'encourager – souvent inutilement – un plus grand nombre d'interventions chez les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

Il convient enfin de considérer le niveau de risque durant la grossesse comme un facteur dynamique qui évolue la grossesse. Il ne suffit donc pas d'évaluer les risques et les avantages une fois ou deux durant la grossesse. Plutôt que cette voie à sens unique qui consiste à diriger les femmes vers des soins de plus en plus spécialisés, il doit désormais être possible de diriger ultérieurement une femme vers un niveau inférieur de soins, si le facteur de risque a été maîtrisé avec succès ou si la femme présente des facteurs bénéfiques qui atténuent le ou les facteurs de risque potentiels qui avaient justifié au départ des soins plus spécialisés. En d'autres mots, les femmes doivent pouvoir passer à un niveau de soins inférieur ou supérieur, selon l'évolution de leur état.

Sommaire

Alors que l'évaluation des risques est un outil utile dans les situations qui comportent véritablement des risques élevés, son efficacité est discutable lorsqu'elle est appliquée de façon générale à l'ensemble des femmes devant accoucher. Ceci est dû en partie au fait que l'on ne tient pas compte actuellement des effets positifs ou négatifs des facteurs psychosociaux sur l'évolution de la grossesse et qu'on insiste trop sur l'évaluation uniquement des facteurs de risque, sans examiner en contrepartie les avantages et les soutiens susceptibles d'atténuer d'autres facteurs. Le modèle actuel d'évaluation du risque, qui cible les facteurs biophysiques et uniquement les facteurs ayant une incidence négative sur la grossesse, est trop simple. La grossesse, au contraire, est un phénomène complexe durant lequel interviennent des facteurs biophysiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels que la médecine occidentale commence à peine à comprendre. L'évaluation du risque doit intégrer et examiner plus à fond les effets et les interactions complexes de tous les facteurs qui influent sur la grossesse, le travail et l'accouchement, afin que les dispensateurs de soins, les femmes et leur famille aient une vue plus réaliste de la grossesse et disposent d'un cadre d'évaluation du risque élargi pour étayer les décisions concernant le lieu de la naissance.

3. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS DE MATERNITÉ LOCAUX POUR LES FEMMES DES RÉGIONS RURALES

Ce chapitre passe en revue les ouvrages qui ont examiné la prestation des soins de maternité dans les régions rurales des pays industrialisés, en commençant par une introduction sur les premières questions et analyses qui ont été soulevées au sujet de la sécurité des systèmes régionalisés de soins périnatals, et plus particulièrement de la sécurité des petits services d'obstétrique en milieu rural, afin de retracer l'origine de cette documentation limitée – quoique de plus en plus abondante. Comme il incombait ici de faire la preuve de la sécurité des petits services d'obstétrique en milieu rural en regard des hypothèses voulant que ces services soient moins sécuritaires que les services spécialisés centralisés, le chapitre présente les résultats d'études ayant comparé les taux de mortalité périnatale et les taux de mortalité périnatale en fonction du poids à la naissance, en regard de différents niveaux de service, y compris les services ne pratiquant pas de césariennes. On y discute également de la structure et des pratiques propices à la mise en place d'un système régionalisé sécuritaire et efficace de soins maternels, en portant une attention particulière au rôle de la gestion du risque. Il convient de noter que peu de recherches ont été effectuées sur les facteurs uniques qui ont une incidence sur les outils de gestion du risque en milieux ruraux. Le chapitre propose également un examen complet des questions liées aux ressources humaines en santé requises pour assurer la prestation des soins de maternité en milieu rural, dans le cadre plus particulièrement du contexte canadien. Enfin, le chapitre examine les données portant sur les effets de la non-prestation de services de maternité en milieu rural sur l'issue périnatale et note que les données ne sont pas concluantes, même si les politiques et les pratiques vont plutôt à l'encontre du maintien de tels services.

Les soins de maternité en milieu rural comme thème de recherche

Les premières recherches systématiques sur les soins de maternité en milieu rural, réalisées à l'appui de l'élaboration des politiques sur les services de santé au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés, remontent à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Cet intérêt pour l'examen de cette nouvelle dimension de l'analyse des politiques relatives à la santé était né de la mise en place de systèmes de soins périnatals régionalisés, lesquels font référence à un système où différents niveaux de service sont offerts dans différentes installations, en général comme suit :

- petites installations communautaires, offrant des soins de maternité pour des grossesses sans complication où l'accouchement se fera vraisemblablement par voie vaginale;
- installations infrarégionales vers lesquelles sont dirigées les femmes qui présentent des complications normales de la grossesse et qui requièrent des soins d'obstétrique et néonatals, et
- centres tertiaires d'obstétrique mis en place dans des régions centralisées (habituellement urbaines), qui offrent les soins les plus spécialisés en obstétrique et en néonatalogie, y compris une unité de soins intensifs néonatals.

La régionalisation des soins périnatals peut donc être perçue comme l'organisation des services à la mère et au nouveau-né, de manière à ce que les grossesses avec complications soient dirigées vers l'établissement offrant le niveau de soins le mieux approprié. Le terme « rural » a été interprété de diverses façons dans les ouvrages traitant des services de santé. Aux fins du présent document, ce terme désigne une région, y compris une collectivité, qui compte au plus 10 000 habitants et qui est située en dehors de la zone de navettage des grands centres urbains (Statistique Canada, 2001).

La définition du système idéal de soins de maternité en milieu rural est une question sur laquelle on ne parvient pas à s'entendre. Comme l'ont souligné Black et Fyfe, deux chercheurs canadiens en médecine familiale (1984:571), « la controverse persiste quant à savoir quel devrait être le degré de centralisation des services et combien d'unités devraient être fermées ». Cette controverse se reflète dans l'évolution des politiques et des pratiques actuelles, ainsi que dans les recherches qui se poursuivent en vue de définir le modèle optimal de soins et à examiner les hypothèses de fonctionnement, les effets réels et les résultats de différents modèles. Hein (1980: 540), dans son introduction à une étude sur le système régionalisé de soins périnatals de l'Iowa, notait ce qui suit : « Bien que les objectifs généraux de tous les systèmes régionalisés soient similaires, les démarches utilisées pour répondre aux besoins spécifiques doivent varier ». En tentant d'éclaircir cette controverse, les chercheuses et chercheurs en médecine se sont concentrés sur les questions liées à la sécurité. C'est ce qui explique que la plupart des recherches sur les soins de maternité en milieu rural ont examiné l'issue chez les nouveau-nés, en comparant l'évolution du taux de mortalité périnatale au fil des ans, ainsi que des différents niveaux de services de maternité offerts à l'intérieur d'un système régionalisé.

Depuis le début des années 1980, d'autres chercheurs ont examiné la sécurité des services d'obstétrique ruraux relevant de différentes autorités et, bien que le poids de la preuve soit favorable à la prestation de services locaux à l'intérieur d'un système de soins régionalisé, la controverse persiste. La comparaison des taux de mortalité périnatale, y compris des taux plus précis calculés en fonction du poids à la naissance, entre des hôpitaux offrant différents niveaux de services et desservant des bassins de population variés, a donné des résultats non concluants. Les conséquences socio-économiques de l'absence de services locaux de maternité n'ont pas fait l'objet d'études systématiques. Même si certains auteurs ont examiné les effets potentiellement perturbateurs de la naissance en dehors de son milieu, les ouvrages sur les soins de maternité en régions rurales ne comportent aucune étude approfondie des perspectives et des expériences des femmes en regard de différents niveaux de service offerts. Il importe de mieux comprendre les répercussions de l'accès, ou du non-accès, aux services de maternité en régions rurales, en vue d'étayer les politiques et les modes de prestation des soins.

La sécurité : Qu'entend-on par des soins de maternité sécuritaires en milieu rural?

Un certain nombre d'études ont examiné la question de la sécurité des soins d'obstétrique en régions rurales depuis que Hein (1977, 1980) a commenté une politique adoptée en 1973 par l'Iowa, qui visait à offrir des soins médicaux le plus près possible du domicile du patient et donc à consolider, plutôt qu'à fusionner, les services existants. Au cours des 30 dernières

années, les décisionnaires ont cherché à planifier et à maintenir des services d'obstétrique appropriés et efficaces pour les femmes des régions rurales du Canada, sans toutefois disposer pour ce faire de bases de données pertinentes lesquelles, aujourd'hui encore, font cruellement défaut.

Il ne fait aucun doute que les progrès réalisés depuis les années 1970 dans les techniques de soins en néonatalogie ont réduit sensiblement les taux de mortalité périnatale dans les pays industrialisés comme le Canada, en améliorant notre capacité d'offrir des soins intensifs aux bébés prématurés, malades ou de faible poids à la naissance. Le nombre relativement faible de bébés qui nécessitent de tels services, ainsi que les coûts énormes de ces services tertiaires, font que ceux-ci doivent nécessairement être situés dans de grandes agglomérations. Des systèmes de transport néonatal d'urgence ont également été mis en place, pour transporter les nouveau-nés en danger, d'un centre périphérique vers ces centres tertiaires. L'objectif d'un système régionalisé de soins de maternité en milieu rural est d'assurer à chaque femme enceinte l'accès au niveau de soins dont elle a besoin pour une naissance sans problème. Comme nous l'avons mentionné précédemment, pareil objectif mène, dans la plupart des cas, à la mise en place d'un système réparti entre niveaux de service distincts.

- Les hôpitaux de niveau I désignent les petits services d'obstétrique communautaires, mis en place dans toutes les régions géographiques jugées nécessaires, qui offrent des soins de maternité pour les grossesses à faible risque ou sans complications prévues.

- Les services de niveau II desservent une plus vaste population régionale et offrent certains soins de maternité spécialisés pour les grossesses à risques modérés ou élevés ou les naissances complexes.

- Enfin, les établissements urbains de niveau III, souvent logés dans des universités, disposent des technologies et du personnel les plus spécialisés dans le domaine des soins intensifs périnatals.

Deux questions principales doivent être examinées durant l'évaluation des systèmes régionalisés de soins de maternité, à savoir :

- Les services de niveau I sont-ils sécuritaires?

- Le système régionalisé est-il sécuritaire?

Un examen de la documentation de recherche sur les soins de maternité en milieu rural fait clairement ressortir qu'il appartient de faire la preuve de la sécurité des petits services de maternité en régions rurales, car ceux-ci sont considérés moins sécuritaires que les services spécialisés centralisés. Des auteurs d'un certain nombre de régions ont tenté de répondre à cette question en regroupant les hôpitaux par niveau de service. Les démarches utilisées consistaient à classer les naissances, soit en fonction du lieu de naissance (résultats basés sur l'hôpital), soit en fonction du niveau de service déterminé par le lieu de résidence de la mère, sans tenir compte du lieu de naissance (résultats basés sur la population). Sur le plan de la méthodologie, des corrections ont dû être apportées aux résultats basés sur les

hôpitaux, afin de tenir compte du biais d'aiguillage, tandis que les études basées sur le bassin de population ont dû s'appuyer sur des critères d'inclusion raisonnables. Rosenblatt *et al.* (1985:429), qui ont examiné l'expérience de régionalisation en Nouvelle-Zélande entre 1978 et 1981, ont souligné le nombre de petits hôpitaux d'obstétrique qui avaient été fermés, en partie à cause de la crainte que la qualité des soins y soit moindre (la rentabilité économique des petits hôpitaux est un autre facteur) ». Cherchant à déterminer si ces craintes étaient justifiées, ces chercheurs de la santé ont tenté de répondre aux questions suivantes : « Où et par qui devraient être pratiqués les accouchements? » et « Existe-t-il un seuil quantitatif en deçà duquel la prestation de soins d'obstétrique devient trop dangereuse pour les patientes? »

Aux États-Unis, des chercheurs en médecine familiale ont constaté que les obstétriciens, les avocats et les planificateurs du système fédéral de santé ont tenté de classer toutes les grossesses comme étant potentiellement à risques élevés, en termes de complications durant le travail et l'accouchement, et ont recommandé la fermeture de tous les petits centres d'obstétrique en milieux ruraux, desservis par des médecins de famille. Les chercheurs en médecine familiale ontariens Black et Fyfe (1984: 572) ont formulé la recommandation suivante : « Nous devons en apprendre davantage sur la sécurité des petits centres d'obstétrique avant de recommander l'amélioration de leurs services ou leur fermeture ». En Nouvelle-Écosse, Peddle *et al.* ont reconnu les réalités de la vie rurale au Canada en déclarant ce qui suit : « Idéalement, chaque nouveau-né devrait avoir un accès immédiat, s'il y a lieu, à des soins périnatals intensifs. Cependant, ceci est manifestement impossible, en raison des coûts et des contraintes géographiques ».

La plupart des études sur la sécurité des services de maternité en milieu rural s'appuient, comme principales mesures, sur les taux de mortalité périnatale et les taux de mortalité périnatale corrigés en fonction du poids à la naissance. En comparant les issues de la grossesse observées dans des établissements de niveau I à celles des établissements de niveaux II et III, des chercheurs ont voulu déterminer si les services de niveau I étaient aussi, ou moins, sécuritaires que les centres d'obstétrique spécialisés[3]. Ces études comparatives en sont presque toutes arrivées à la conclusion que les taux de mortalité périnatale, à l'intérieur d'un système de soins régionalisé, sont similaires quel que soit le niveau de service. Parmi les études canadiennes ayant établi la sécurité des petites unités rurales d'obstétrique, mentionnons les suivantes :

- L'évaluation faite par Peddle *et al.* (1983) des hôpitaux communautaires de la Nouvelle-Écosse a révélé que les plus faibles taux de mortalité périnatale avaient été enregistrés dans ces petits hôpitaux (23 % de toutes les naissances dans la province), et non dans les hôpitaux régionaux (29 % des naissances provinciales) ou tertiaires (47,9 % des naissances provinciales).

- L'analyse réalisée par Black et Fyfe (1984) de tous les cas d'obstétrique observés dans le nord de l'Ontario, entre 1980 et 1982 (24 524 naissances), n'a révélé aucune différence significative dans le taux de mortalité périnatale, entre six catégories de petits hôpitaux.

- Une étude à venir, réalisée en Colombie-Britannique et comparant l'issue de la grossesse en fonction de la population desservie, entre 1994 et 1999, n'a révélé aucune différence

dans le taux de mortalité périnatale, entre les différents niveaux de service, depuis les petites unités d'obstétrique ne pratiquant pas de césariennes aux grands centres où des césariennes pouvaient être pratiquées et où des obstétriciens spécialistes étaient accessibles à toute heure du jour ou de la nuit (Grzybowski *et al.*, en préparation).

Ces études, et d'autres réalisées aux États-Unis (Hein, 1980, Chaska *et al.*, 1988), en Nouvelle-Zélande (Rosenblatt *et al.*, 1985), en Australie (Woollard et Hays, 1993; Cameron et Cameron, 2001) et en Finlande (Hemminki, 1985; Viisainen *et al.*, 1994), ont permis de constituer une importante base de données attestant de la sécurité des petits services d'obstétrique en régions rurales, à l'intérieur d'un système régionalisé de soins. Ces études viennent ainsi corroborer l'hypothèse selon laquelle la « sécurité » ne peut être invoquée pour justifier la centralisation des soins d'obstétrique dans les grands centres de niveau III (Viisainen *et al.*, 1994:4).

La documentation médicale ne fournit pas de réponse claire à la question visant à savoir si les services d'obstétrique locaux en régions rurales doivent pouvoir pratiquer des césariennes. Une étude récente en milieu hospitalier, réalisée auprès de 1 132 femmes d'une région rurale du Nouveau-Mexique, présente des données qui viennent corroborer la sécurité des hôpitaux qui ne pratiquent pas de césariennes mais qui font partie d'un système intégré de soins périnatals. Cette étude a démontré que plus des deux tiers des femmes de la région avaient pu accoucher à l'hôpital ne pratiquant pas de césariennes, que moins de 10 % de toutes les femmes avaient dû être transférées durant le travail vers un établissement pratiquant des chirurgies, que le taux de mortalité périnatale dans cette population se comparait au taux national et que l'absence d'installations chirurgicales n'avait pas été la cause d'une morbidité néonatale ou maternelle importante (Leeman et Leeman, 2002). Au Canada, des études comparatives n'ont fourni aucune preuve que l'impossibilité de pratiquer des césariennes rendait un petit centre d'obstétrique moins sécuritaire, si ce centre faisait partie d'un réseau régionalisé de soins de maternité (Black et Fyfe, 1984; Grzybowski *et al.*, 1991). Il est par ailleurs constamment soulevé dans la documentation que les procédures d'évaluation des risques et les protocoles de transport mis en place par les petits centres locaux d'obstétrique constituent d'importants facteurs qui contribuent à leur capacité de dispenser des services d'obstétrique en toute sécurité, même sans pratiquer de césariennes. Au Canada, il est relativement fréquent que de petits centres locaux d'obstétrique ne pratiquent pas de césariennes. Ainsi, une étude réalisée en 1995 a révélé que 125 sur 576 hôpitaux canadiens offraient des services locaux d'obstétrique sans pratiquer sur place de césariennes (Levitt *et al.*, 1995). De même, le *Reproductive Care Program* (1997) de la Colombie-Britannique a établi que les 22 hôpitaux de la province qui avaient pratiqué moins de 250 accouchements par année en 1996 n'offraient pas de césariennes sur place. Par ailleurs, une récente analyse comparative réalisée dans cette même province indique – sans grande surprise – que la proportion des accouchements faits localement augmente lorsque l'établissement offre des césariennes (31 à 64 %) (Grzybowski *et al.*, en préparation).

Les chercheuses et chercheurs sur les soins de maternité en régions rurales reconnaissent généralement que la sécurité des centres locaux d'obstétrique dépend de leur intégration à un système régionalisé qui offre aussi accès à des niveaux de soins plus spécialisés (Hein, 1980, Peddle *et al.*, 1983; Rosenblatt *et al.*, 1985, Hogg et Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994,

Nesbitt, 1996). Ce type de réseau permet aux dispensateurs de soins et aux femmes des régions rurales de choisir le niveau de service qui convient au type de soins qui, à leur avis, sera nécessaire au moment de l'accouchement. Rosenblatt *et al.* (1985:431) ont défini en ces termes un modèle efficace de soins de maternité en milieu rural : système pyramidal étroitement intégré à l'intérieur duquel les omnipraticiens déterminent les patientes les plus à risque et les dirigent vers des centres plus spécialisés avant l'accouchement. Dans un tel contexte, les soins d'obstétrique sont *sans danger* dans les petits hôpitaux ». Afin de déterminer dans quelle mesure l'ensemble du système permet aux femmes qui en ont besoin d'obtenir les soins spécialisés nécessaires et à celles qui n'en ont pas besoin l'accès au niveau de service approprié, les chercheurs ont examiné le taux de mortalité périnatale en fonction du lieu de résidence de la mère (ou aire de recrutement), plutôt qu'en fonction du lieu de naissance (Black et Fyfe, 1984; Rosenblatt *et al.*, 1985; Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994; Grzybowski et al., en préparation). Ces études examinent le rendement des pratiques d'aiguillage, c.-à-d. l'aptitude des médecins locaux à dépister avec justesse et à sélectionner les grossesses sans complication en vue d'un accouchement dans le centre local et à diriger les cas à risques plus élevés ou les grossesses avec complications vers les plus grands centres plus spécialisés. Comme l'a soulevé Lemelin (1986:214) dans son étude sur les services d'obstétrique ruraux dans les collines de la Gatineau au Québec :« Est-ce que certaines unités transfèrent trop de patientes, alors que d'autres gardent des patientes qui devraient être transférées? »

L'efficacité des pratiques de dépistage et des pratiques d'aiguillage d'un centre local, à l'intérieur d'un système régionalisé de soins périnatals, peut être évaluée en fonction du nombre de bébés de faible poids à la naissance qui naissent dans les petits hôpitaux ruraux et du taux de transfert exprimé en proportion des admissions dans l'hôpital (Lemelin, 1986). À l'intérieur d'un système régionalisé efficace, les bébés de faible poids à la naissance devraient naître dans les centres de soins tertiaires où ils peuvent recevoir des soins intensifs, alors que les bébés de poids normal ne nécessitant aucune intervention à la naissance (p. ex., césarienne d'urgence) viendraient au monde dans les centres locaux et qu'un faible pourcentage de femmes seraient transférées des centres locaux vers un centre spécialisé plus éloigné, durant le travail ou l'accouchement. Malheureusement, comme l'ont constaté Baird *et al.* (1996:225), il est difficile d'établir des comparaisons entre les différents systèmes, car le fonctionnement de chaque centre et de chaque système est adapté à l'histoire et aux besoins de la région. Cependant, le consensus qui se dégage des études sur les protocoles d'aiguillage depuis les petits centres locaux d'obstétrique vers les centres spécialisés plus éloignés est que les médecins de famille des régions rurales doivent être en mesure d'évaluer les risques de complication de chaque femme et déterminer son besoin d'aiguillage en conséquence (Rosenblatt *et al.*, 1985; Hogg et Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994; Nesbitt, 1996). Autrement dit, le succès d'un centre repose sur une sélection judicieuse des cas (Baird *et al.*, 1996:225). Peddle *et al.* (1983:175) font référence au « principe d'habilitation en vertu duquel la prise de décisions est laissée aux dispensateurs de soins locaux ». Les médecins de famille des régions rurales peuvent donc être considérés comme le poste de triage du système régionalisé de soins d'obstétrique. Malheureusement, comme nous l'avons vu au chapitre 2, le modèle actuel d'évaluation du risque comporte de graves lacunes qu'il importe de corriger, afin que l'évaluation du risque puisse appuyer plus efficacement la prise de ces décisions.

Interface entre la sécurité et le risque dans la prestation des soins de maternité en régions rurales

La gestion du risque a été définie comme un des paramètres dans la *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural* publiée en 1998 par la Société de la médecine rurale du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Cette déclaration de principe précise ce qui suit : « On n'arrivera jamais à éliminer le risque. En obstétrique, le risque existera tant qu'il y aura, au sein des collectivités, des femmes en âge de procréer. Bien que, dans une certaine proportion, on puisse anticiper le risque, il reste que, dans un nombre appréciable de cas, l'issue défavorable est inattendue » (Iglesias *et al.*, 1998:78).

Idéalement, la gestion du risque est un processus continu qui intègre la détermination et l'analyse des risques et des avantages tout au long de la grossesse, du travail et de l'accouchement. De toute évidence, une telle gestion intégrée du risque ne repose pas uniquement sur les médecins de famille des milieux ruraux, car le « succès de tout programme de régionalisation des soins périnatals dépend, en grande partie, de la coopération et de la bonne volonté de tous les membres de l'équipe de soins dispersés dans l'ensemble de la région géographique desservie » (Peddle *et al.*, 1983:175). Le *British Columbia Reproductive Care Program* (2000:3) a défini les lignes directrices suivantes :

> Chaque collectivité, y compris les planificateurs régionaux et l'équipe locale de soins périnatals, doit déterminer ses capacités et les limites des services de maternité locaux. Cette analyse doit en outre inclure la détermination des cas précis (incluant les soins à la mère et au nouveau-né) qui peuvent être pris en charge dans la collectivité. Toutes les décisions doivent s'appuyer sur les données reflétant des pratiques exemplaires.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les indices de cotation et les outils d'évaluation des risques comportent plusieurs lacunes, notamment du fait qu'ils font une évaluation limitée des facteurs psychosociaux, que leur généralisabilité aux populations rurales est discutable et que leur spécificité est très faible. En conséquence, les hôpitaux ruraux et les systèmes régionalisés de soins doivent être prêts à dispenser des soins à un nouveau-né malade, avant et durant son transport vers un établissement approprié (LeFevre *et al.*, 1989: 694).

La proximité du centre communautaire local au centre d'obstétrique spécialisé (p. ex., qui pratique des césariennes), ainsi que les modalités de transport qui existent entre les deux, sont deux facteurs déterminants dans l'évaluation du risque qui est faite par le dispensateur de soins en milieu rural. Comme l'explique Hein au début de son étude de 1980 : « Les facteurs temps et distance sont d'importantes considérations dans la planification d'un système de soins périnatals en milieu rural » (p. 541). À cet égard, diverses recommandations ont été formulées, au sujet du délai maximal pour atteindre un service d'obstétrique. Lalonde (1998), par exemple, recommande qu'une femme se trouve à moins d'une heure de distance d'un centre pouvant pratiquer des services d'anesthésie et de transfusion, des césariennes d'urgence, des accouchements par application de ventouse et forceps, l'extraction manuelle du placenta et des curetages par aspiration. Cependant, comme le font remarquer Lynch *et al.*

(inédit) : « Pour bon nombre de collectivités rurales, de telles recommandations sont irréalistes et n'ont pour effet que d'accélérer la disparition des petits services de maternité isolés ». Selon la *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural* de 1998, les dispensateurs de soins locaux sont conscients que les obstacles au transport peuvent donner lieu à des stratégies plus prudentes de gestion du risque (Iglesias *et al.*, 1998). Aucun renseignement plus précis n'a pu être relevé dans les ouvrages existants, sur la manière dont la géographie (c.-à-d. l'éloignement et les distances à parcourir) influe sur les soins maternels dispensés en milieu rural.

Qui peut dispenser des soins maternels sécuritaires en milieu rural?

Les différences et les disparités entre les milieux ruraux et urbains, sur le plan des ressources humaines affectées à la santé, sont des questions souvent abordées dans les discussions et les études sur la sécurité des soins maternels en milieu rural. En général, les principaux dispensateurs de soins dans les centres de santé ruraux sont des médecins de famille et non des obstétriciens (Rourke *et al.*, 2000; Stretch et Knight, 2002). Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins dispensant des services d'obstétrique en milieu rural n'a cessé de diminuer, ce qui ne fait qu'ajouter à la difficulté de maintenir de petits services de maternité dans les collectivités rurales (ICIS, 2004). Le recrutement et le maintien en fonction de sages-femmes, dans les provinces canadiennes qui ont réglementé cette profession, posent également des difficultés particulières en milieu rural.

Des questions plus générales ont aussi eu une incidence sur le déclin de l'intérêt pour la prestation de soins maternels en milieu rural. Ainsi, comme l'a constaté Wiegers (2003) dans le cadre d'une étude comparative sur les dispensateurs de soins de maternité au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe du Nord, on observe une tendance répandue dans les pays industrialisés en faveur de la « médicalisation » de la naissance et, partant, une transition selon laquelle les accouchements ne sont plus pratiqués par des omnipraticiens et des médecins de famille mais par des obstétriciens spécialisés. Cette tendance générale en faveur des soins de maternité dispensés par des obstétriciens ne s'est toutefois pas concrétisée dans les régions rurales du Canada où l'accès local à ces spécialistes est limité, en raison des grandes distances qui séparent certaines localités rurales des grands centres. Une étude réalisée en 1995-1996 sur les soins de maternité en milieu rural a révélé que 89 % de tous les accouchements dans ces régions étaient faits par des médecins de famille (Iglesias *et al.*, 1999). De plus, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont reconnu ce qui suit dans leur déclaration de principe publiée en 1999 : « La plupart des communautés rurales sont trop petites et trop isolées pour assurer la présence d'un obstétricien et d'un anesthésiste lorsque l'accouchement requiert une intervention » (Iglesias et Hutten-Czapski, 1999:209). Comme Iglesias *et al.* (1999) l'ont souligné dans leur enquête sur la répartition des médecins de famille et des chirurgiens spécialisés dans les régions rurales du Canada, le degré d'isolement géographique et la densité de la population varient également entre les régions rurales. L'Ontario, par exemple, compte un nombre appréciable de collectivités de 15 000 à 25 000 habitants pouvant accueillir un ou plusieurs chirurgiens. Dans l'ouest et en Colombie-Britannique, par contre, la plupart des collectivités situées en dehors des très grands centres régionaux comptent au plus de 5 000 à 15 000 habitants et elles

sont habituellement trop petites pour qu'un spécialiste puisse y exercer d'une manière rentable (Iglesias *et al.*, 1999). La pénurie locale d'obstétriciens spécialistes est une question qui préoccupe les dispensateurs de soins, les planificateurs et les chercheurs du domaine de la santé, comme en fait foi cet éditorial publié en 1995 dans *Le médecin de famille canadien* « Les services d'obstétrique dans les petits hôpitaux sont menacés, à cause de l'absence de spécialistes et de la diminution du nombre de médecins de famille obstétriciens » (Chance, 1995:548).

La capacité des médecins de famille d'offrir des services d'obstétrique sécuritaires en milieu rural est une question fréquemment examinée dans le cadre des recherches médicales. Voulant obtenir des données qui permettent de confirmer ou d'infirmer l'allégation voulant qu'un accès immédiat à un sous-spécialiste des soins périnatals est préférable à un accès différé, des chercheurs américains ont évalué 863 grossesses suivies par des médecins de famille, dans ces centres offrant différents niveaux de service. Ils en sont arrivés à la conclusion que la présence sur place de personnel et de technologies spécialisés pour la prestation de soins périnatals n'est pas nécessaire et que « les médecins de famille agréés offrent des soins d'obstétrique d'une qualité essentiellement équivalente, quel que soit l'endroit où sont dispensés les soins prénatals ou périnatals et sans égard à l'accès sur place à des sous-spécialistes en périnatalité » (Chaska *et al.*, 1988: 160). Des chercheurs canadiens en médecine familiale (Klein, 1986, 1987; Klein *et al.*, 2002a,c) ont quant à eux noté quelques différences entre les médecins de famille et les obstétriciens sur le plan des interventions qui sont pratiquées (déclenchement du travail, accouchement par césarienne, utilisation des forceps), ainsi que du soutien psychologique et de l'attitude à l'égard des femmes – ces différences viennent corroborer l'hypothèse que les soins prodigués par le médecin de famille procurent des avantages uniques à la femme qui accouche. « Bien des femmes recherchent une approche qui soit centrée sur l'ensemble de la famille », ce qui constitue la préoccupation du médecin de famille (Klein, 1986: 534).

Le maintien des compétences et du niveau de confiance est un problème unique avec lequel ont à composer les médecins qui dispensent des services d'obstétrique en milieu rural, en raison du faible nombre de naissances qu'ils peuvent être appelés à y pratiquer. Dans le cadre d'une étude sur tous les hôpitaux publics de la Nouvelle-Zélande ayant offert des services d'obstétrique entre 1978 et 1981, réalisée dans le but de déterminer si l'expérience du médecin était une garantie de sécurité, Rosenblatt *et al.* (1985: 430) n'ont relevé « aucune donnée attestant d'un nombre minimal d'accouchements en deçà duquel l'issue de la grossesse est compromise ». Klein *et al.* ont comparé l'issue de la grossesse, lors d'accouchements pratiqués par des médecins de famille dont le nombre annuel d'accouchements variait (moins de 12, entre 12 et 24 et plus de 25) et ils en sont venus à la conclusion qu'il n'y avait pas de lien entre le nombre d'accouchements pratiqués par le médecin de famille et les issues défavorables pour la mère ou le nouveau-né. La récente déclaration de principes conjointe, « Nombre de naissances nécessaire pour le maintien de la compétence », définit plusieurs variables importantes qui ont une incidence sur la compétence d'un fournisseur de soins :

- le stade que le fournisseur de soins a atteint dans sa carrière et donc, la valeur de l'expérience acquise;
- l'expérience partagée par les membres d'un groupement de médecins;

- les rapports collégiaux de qualité établis entre les médecins de famille, les spécialistes et les sous-spécialistes;
- le cadre et l'organisme où se déroule la pratique, et
- le recours à des programmes de gestion du risque et d'assurance de la qualité (Société de la médecine rurale du Canada *et al.*, 2002).

Tout comme les postulats formulés dans le cadre des recherches sur les soins de maternité en milieu rural, au sujet du rôle du dispensateur de soins dans l'évaluation du risque, il semble que des paramètres qualitatifs conviennent mieux que des normes quantitatives arbitraires pour définir les pratiques obstétricales sécuritaires. La baisse manifeste du nombre de médecins de famille offrant des services d'obstétriques dans les régions rurales du Canada ne fait que rendre encore plus difficile l'accès à des soins de maternité en milieu rural. Les relevés canadiens indiquent en effet une diminution constante de la proportion des médecins de famille ayant pris part à des accouchements, cette proportion étant passée de 68 % en 1984-1985, à 46 % en 1988 et à 19 % % en 1997-1998 (Reid *et al.*, 2002; Wiegers, 2003). Les médecins de famille en milieu rural demeurent cependant plus susceptibles de pratiquer des accouchements que leurs confrères des régions urbaines. Ainsi, selon le rapport *Donner naissance au Canada*, 27 % des médecins de famille en milieu rural ont déclaré avoir pris part à des accouchements en 2001, contre 12 % des médecins en milieu urbain (ICIS, 2004). Comme le souligne le président de la Société de la médecine rurale du Canada, Peter Hutton-Czapski (1999: 72), ces tendances ont d'importantes répercussions sur les régions rurales du Canada.

> Dans les centres urbains, la présence d'obstétriciens et d'autres médecins de famille peut atténuer les effets de cette diminution. Il n'y a que 38 obstétriciens dans l'ensemble des régions rurales du Canada; les généralistes sont donc souvent les seuls à dispenser des soins de maternité, y compris des césariennes. ... Si le médecin rural décide de ne plus faire d'obstétrique et qu'il n'y a personne d'autres pour prendre la relève, les femmes sont alors obligées de se rendre dans un autre centre, souvent lorsqu'elles sont en travail.

Le recrutement et le maintien de praticiens en milieu rural ont été définis comme deux graves problèmes dans les collectivités rurales. Dans un mémoire présenté en 2002 à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Peter Hutton-Czapski a souligné le fait que, bien que 22 % de la population du Canada vit en régions rurales, ces régions ne comptent que 10 % des médecins du pays. Poursuivant l'analyse de ce problème, M. Hutton-Czapski a expliqué que seulement 10,8 % des étudiants en médecine sont issus des régions rurales et que seulement la moitié d'entre eux environ choisiront d'exercer en milieu rural, contre une proportion de seulement un sur vingt pour les étudiants issus de milieux urbains. Qui plus est, les études sur le maintien en fonction des médecins en milieu rural font état d'un taux élevé de roulement. À titre d'exemple, une enquête réalisée auprès des médecins de collectivités de la Colombie-Britannique, qui étaient admissibles à une indemnité de travail dans le Nord et d'isolement, a révélé que le taux de roulement moyen a été de 23 % entre 1998 et 1999 et que seulement trois médecins ont choisi de s'établir dans une autre collectivité admissible à ces indemnités, les autres quittant pour un centre urbain, les États-

Unis ou un autre pays (Larsen Soles, 2001). Ces fluctuations dans le nombre de médecins ruraux ont diverses répercussions, menaçant entre autres le maintien des soins maternels en milieu rural.

La pénurie de médecins de famille qui offrent des services locaux de maternité pour les accouchements sans complications, ainsi que de spécialistes dispensant des services d'obstétrique d'urgence dans les régions rurales, a contribué au déclin des soins maternels en milieu rural au Canada. La comparaison faite par Rourke (1998) des services d'obstétrique offerts dans les petits hôpitaux de l'Ontario entre 1995 et 1988, documente des tendances marquées par une diminution de chirurgiens généralistes, une réduction marquée du nombre de médecins de famille pratiquant des accouchements, ainsi qu'une forte diminution des services d'anesthésie générale et péridurale et de césariennes. Dans l'ensemble, il y a eu moins d'accouchements dans les petits services d'obstétrique de l'Ontario en 1995 qu'en 1988 (et ce malgré la hausse du nombre total de naissances dans la province), ce qui a amené Rourke (1998 : 2123) à formuler l'hypothèse suivante : « La réduction des services d'anesthésie générale et péridurale et de césariennes a réduit la capacité des établissements locaux de traiter les complications du travail, ce qui a vraisemblablement pour effet d'accroître les transferts, d'augmenter le stress et de réduire le niveau de satisfaction des patientes, des médecins de famille locaux et du personnel des services d'obstétrique ».

De même, une étude comparative réalisée par Peter Hutton-Czapski, sur les soins maternels dispensés dans les régions rurales du Nord de l'Ontario entre 1981 et 1997, a établi un lien entre la diminution du nombre de médecins offrant des soins de maternité et la baisse marquée du nombre d'hôpitaux communautaires dotés de services d'obstétrique entre 1981 et 1997 (ce nombre étant passé de 52 à 40). Les résultats de ces études reflètent des tendances bien documentées, qui ont été observées dans les régions rurales des États-Unis et selon lesquelles la pénurie de dispensateurs de soins d'obstétrique contribue à une diminution des soins prénatals et des soins d'obstétrique disponibles (Rosenblatt et Wright, 1987; Rosenblatt et Detering, 1988; Larimore et Davis, 1995).

Les tendances relatives aux soins infirmiers montrent elles aussi des écarts entre les régions rurales et urbaines du Canada, bien que ceux-ci ne soient pas aussi prononcés que dans le cas des médecins ruraux. Un rapport publié en 2000 indique ainsi que 17,9 % des infirmières et infirmiers autorisés du Canada exercent dans des régions rurales et, bien que le nombre absolu d'infirmières et d'infirmiers autorisés exerçant en milieu rural ait légèrement diminué depuis 1994 (de 1,9 %), le nombre absolu de Canadiens vivant en régions rurales et éloignées a augmenté (ICIS, 2000). Par ailleurs, le ratio d'infirmières et d'infirmiers autorisés pour 10 000 habitants en milieu rural est plus faible dans l'Ouest que dans l'Est du Canada, ce qui est comparable aux tendances observées dans le cas des chirurgiens spécialistes (ICIS, 2000). Fait intéressant à souligner, le niveau de scolarité des infirmières et infirmiers autorisés en milieu rural est inférieur à celui de leurs homologues des milieux urbains, ce qui semble être en contradiction avec le rôle accru que l'on attend des infirmières et infirmiers autorisés en milieu rural (ICIS, 2000).

Une question troublante a été soulevée au sujet des services d'obstétrique dans les régions rurales du Canada : « Comment pouvons-nous traiter les urgences obstétricales en l'absence

de services d'obstétrique » (Younger-Lewis, 1988 : 1024)? Le fait que les femmes des régions rurales continueront d'avoir des enfants, et que certaines de ces grossesses nécessiteront des interventions d'urgence, vient appuyer un argument fondamental en faveur du maintien des services de maternité en milieu rural (Iglesias et al., 1998).

Incidences chez les nouveau-nés des populations rurales

Les chercheurs en médecine reconnaissent aujourd'hui que la prévention de la mortalité infantile, en particulier durant la période néonatale, consiste non seulement à s'assurer que les bébés à haut risque, en particulier les bébés de faible poids à la naissance, ont rapidement accès à un service de soins intensifs néonatals spécialisés, mais aussi à prévenir dès le départ l'insuffisance pondérale et la prématurité chez les nouveau-nés (Fisher *et al.*, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Larson *et al.*, 1997). Or ces deux problèmes sont reliés au fait de vivre en milieu rural. Les conditions géographiques et les conditions climatiques saisonnières peuvent avoir une incidence sur l'accès au transport d'urgence et aussi augmenter les risques y afférent; or le transport d'urgence est un volet essentiel des systèmes régionalisés de soins périnatals (Rosenblatt *et al.*, 1985; Fisher *et al.*, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Larson *et al.*, 1997; Yeast *et al.*, 1998). Autre élément très important, les étude font état d'une augmentation de la mortalité périnatale et du taux d'admission dans les services de soins intensifs lorsque l'accès local aux services de maternité diminue ou disparaît complètement (Nesbitt *et al.*, 1990, 1997; Larson *et al.*, 1992, 1997; Rock et Straub, 1994; Larimore et Davis, 1995).

Pour réduire au minimum la mortalité infantile, il faut chercher d'abord et avant tout à prévenir la prématurité. La prématurité fait référence à la naissance vivante d'un enfant dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 37 semaines. Comme l'indique le *Rapport sur la santé infantile au Canada*, publié par Santé Canada en 2003 :

> La prématurité est la principale cause de mortalité et de morbidité périnatales dans les pays industrialisés : elle est responsable de 60 % à 80 % des décès de nourrissons ne présentant pas d'anomalies congénitales. La prématurité est aussi associée à la paralysie cérébrale et à d'autres répercussions durables sur la santé. De 1 % à 2 % de tous les bébés viennent au monde avant 32 semaines de gestation; ils représentent près de 50 % de tous les cas de troubles neurologiques à long terme et environ 60 % de la mortalité périnatale. La prématurité, même légère ou modérée, est associée à un risque accru de décès durant la première année de vie (p. 73).

Selon le Système canadien de surveillance périnatale, les facteurs de risque connus de la prématurité incluent les infections des voies génitales, le tabagisme, la prééclampsie, la béance cervico-isthmique, les antécédents de prématurité, le décollement placentaire et certains facteurs psychologiques comme le stress, l'anxiété et la dépression (McLaughlin *et al.*, 1999). Or l'absence d'accès local à des services d'obstétrique peut accroître le stress et l'anxiété des femmes des régions rurales.

Les nourrissons pesant moins de 2 500 g (5,5 lb) à la naissance sont considérés comme des bébés de faible poids et il existe un lien manifeste entre l'insuffisance pondérale à la naissance

et la prématurité (Nault, 1997). Les bébés de faible poids à la naissance présentent en outre des risques beaucoup plus élevés de décès, de maladies et d'invalidités, ces maladies et invalidités incluant la paralysie cérébrale, les troubles d'apprentissage, ainsi que des problèmes visuels et respiratoires susceptibles de persister toute la vie. Les facteurs qui contribuent à l'insuffisance pondérale à la naissance sont complexes et peuvent inclure de nombreux déterminants de la santé, comme l'âge de la mère, des naissances multiples, la situation socio-économique, le soutien social, la nutrition, le travail, les habitudes personnelles (p. ex. tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues), et l'accès aux services de santé.

Le fait de vivre en milieu rural a été associé à des soins prénatals inadéquats (Nesbitt *et al.*, 1990; Larson *et al.*, 1992, 1997; Rock et Straub, 1994). Comme l'a révélé l'étude menée par Larson *et al.* (1997 : 186) sur 11,06 millions de naissances (excluant les naissances gémellaires et multiples) survenues aux États-Unis entre 1985 et 1987, les femmes habitant des régions non métropolitaines d'une majorité d'États ont été beaucoup plus susceptibles que leurs homologues des régions urbaines d'attendre au troisième semestre pour obtenir des soins prénatals ». Parmi les hypothèses fréquemment invoquées pour expliquer les comportements prénatals différents et moins bénéfiques pour la santé des femmes des régions rurales, mentionnons le manque d'accès à des soins de maternité, les distances à parcourir pour obtenir de tels services et le nombre d'enfants légèrement plus élevé des femmes des régions rurales, par rapport à celles vivant en milieux urbains (Hogg et Lemelin, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Nesbitt, 1996; Larson *et al.*, 1997). Privées d'un accès à des soins prénatals, les femmes des régions rurales pourraient être exposées à de plus grands risques, du fait d'être moins informées de l'importance de certains comportements bénéfiques durant la grossesse et de la possibilité que des risques ou des problèmes médicaux passent inaperçus. Comme l'a fait valoir Nesbitt (1996) dans une discussion sur l'accès aux soins maternels en milieu rural, il est important que les services locaux de soins maternels en milieu rural servent de porte d'entrée à un système régionalisé de soins. La *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural*, publiée par la Société de la médecine rurale du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada offre la mise en garde suivante : « Le manque de services de maternité locaux peut mener à un isolement et nuire à la santé des femmes qui n'ont pas les moyens financiers de se rendre dans une autre localité pour y recevoir les soins prénatals et périnatals courants » (Iglesias *et al.*, 1998 : 77).

Effets de l'absence de services de maternité locaux sur l'issue périnatale

À travers le Canada, nous observons la fermeture de petits services de maternité en milieu rural. Bien que l'on ignore pour l'instant les effets de ces fermetures, on présume que les hôpitaux vers lesquels les femmes seront dirigées disposeront de ressources accrues, notamment des services de chirurgie, de spécialistes et d'un éventail complet de technologies de diagnostic, et donc que ces femmes et leur nouveau-né seront mieux et plus en sécurité.

Des données prouvent toutefois le contraire. Larimore et Davis (1995) ont ainsi observé une corrélation négative entre l'offre de services de maternité et la mortalité infantile dans certains comtés ruraux de la Floride ($R = -0,42$; $p = 0,012$). Ces chercheurs ont ensuite utilisé un modèle mathématique pour démontrer l'effet probable de la perte d'un médecin

de famille dispensant des soins de maternité et ils ont constaté que ceci augmenterait le taux de mortalité infantile dans le comté de 2,3 % et que la hausse atteindrait 9,6 % advenant la perte d'un obstétricien. Nesbitt *et al.* (1990), pour leur part, ont fait une analyse des comtés ruraux de l'État de Washington dans lesquels plus des deux tiers des femmes devaient aller accoucher dans une autre localité, et ils ont constaté que cet importante émigration était associée à une plus forte proportion d'accouchements avec complications, à un taux plus élevé de prématurité et à des coûts plus élevés pour les soins néonatals que dans les collectivités à faible émigration.

D'autres études, examinant les effets potentiels (sur la mère et son nouveau-né) de la prestation de soins obstétriques tertiaires dans les cas de grossesse, de travail et d'accouchement sans complications, laissent croire à une augmentation probable du nombre d'interventions (Klein, 1986; Chaska *et al.*, 1988; Goodman *et al.*, 2002). Rosenblatt et Wright (1987) ont même laissé entendre que les petits centres de maternité en milieu rural offrent des avantages particuliers qui pourraient contribuer à *améliorer* l'issue et l'expérience de la naissance, en plus d'être plus rentables que les grands centres d'obstétrique. Récemment, des chercheurs canadiens ont formulé l'hypothèse que la prestation de soins de maternité locaux pouvait être perçue comme un élément central, essentiel au maintien de conditions médicales, sociales et économiques durables pour les femmes des régions rurales et leurs collectivités (Klein *et al.*, 2002a). Ce corpus de recherches, encore limité mais croissant, a défini les fondements d'un mode de pensée selon lequel les services de maternité communautaires en milieu rural sont perçus comme un modèle de soins efficace et approprié pour les femmes parturientes des régions rurales.

Au nombre des conséquences négatives associées à la disparition des services locaux de maternité, mentionnons les facteurs de stress potentiellement nocifs résultant du fait que les femmes enceintes doivent se déplacer pour obtenir des soins périnatals, y compris durant le travail et l'accouchement. Une petite étude, comparant l'expérience de la grossesse et de la naissance chez des femmes autochtones de deux collectivités canadiennes du centre de l'Arctique, a examiné la prévalence des facteurs de stress émotionnels, physiques et économiques. « Les femmes forcées d'accoucher en dehors de leur milieu vivent un événement traumatique exacerbé par le sentiment d'isolement qu'elles ressentent et l'inquiétude au sujet de leur famille » (Chamberlain et Barclay, 2000: 121). D'autres chercheurs en médecine ont établi un lien entre l'augmentation du niveau de stress accru associé au fait de se déplacer et d'attendre la naissance dans un endroit non familier (Rourke, 1998) et, comme le soulignent Nesbitt *et al.* (1990: 817), « de telles expériences peuvent nuire au processus normal du travail ».

Notant que les centres de soins tertiaires pratiquent des soins de style tertiaire et qu'il est difficile de résister à l'attrait de la technologie (Klein, 1986: 538), des chercheurs sur les services de santé ont mis en doute la valeur de ce type de soins pour les femmes qui n'ont pas besoin d'interventions technologiques durant l'accouchement et se sont interrogés sur les conséquences imprévues. Des études comparant l'issue de la grossesse entre des centres de soins tertiaires et de petits centres ruraux viennent réfuter les allégations voulant que toutes les naissances devraient se produire dans des centres spécialisés. Ainsi, l'étude menée par Viisainen *et al.* (1994: 404) sur l'ensemble des femmes ayant accouché en

Finlande en 1987-1988 a conclu que la « sécurité » ne peut être invoquée comme motif pour justifier la centralisation des naissances dans les grands établissements de niveau 3 car, à l'intérieur d'un système régionalisé, les taux de survie et de morbidité dans les petits centres locaux se comparent à ceux observés dans les régions desservies par de grands hôpitaux universitaires. De même, une étude sur la cohorte nationale des naissances de 1995, aux États-Unis (3 892 208 nouveau-nés), note ce qui suit :

> La présence de ressources de niveau supérieur pourrait en fait être préjudiciable pour les nourrissons. Ainsi, dans les régions qui comptent un grand nombre de lits et de néonatalogistes, des bébés souffrant de maladies moins graves pourraient être plus susceptibles d'être admis dans une unité de soins intensifs néonatals et d'être ainsi soumis à des mesures diagnostiques et thérapeutiques plus intensives et être de ce fait exposés à des risques d'erreurs et de complications iatrogènes et être privés du lien qui se crée entre la famille et le nourrisson (Goodman *et al.*, 2002 : 1541-1543).

De même, les résultats d'études de plus petite envergure, dont celles menées par Peddle *et al.* (1983), Black et Fyfe (1984), Rosenblatt *et al.* (1985), Chaska *et al.* (1988) et Nesbitt *et al.* (1990), indiquent que le taux de mortalité périnatale chez les bébés de poids normal, qui naissent dans de petits hôpitaux ruraux, est égal et même souvent meilleur aux taux observés chez les bébés nés dans les hôpitaux de niveaux II et III. De fait, ces chercheurs sont d'avis que, sous certains égards, la qualité des soins pourrait être supérieure dans les petits hôpitaux, en raison de leur environnement simple et confortable (Rosenblatt *et al.*, 1985 : 431), du type de soins continus et non interventionnistes que privilégient les médecins de famille, du temps supplémentaire que les infirmières et infirmiers des petits hôpitaux pourraient leur consacrer durant le travail, ainsi que de la liberté de mouvement que permettent les petits hôpitaux et qui peut favoriser un accouchement vaginal sans complications (Hogg et Lemelin, 1986; Klein, 1986; Nesbitt *et al.*, 1990). Ces allégations sont toutefois contestées par d'autres recherches médicales, dont une étude ayant comparé le taux de mortalité néonatale pour l'ensemble des naissances dans tous les centres de la Norvège, entre 1967 et 1996 (1,7 millions de naissances) et selon laquelle les grands centres sont bénéfiques pour tous les nourrissons, y compris ceux de poids normal à la naissance (Moster *et al.*, 2001). Ces chercheurs ont en effet constaté que, durant cette période de 30 ans, le risque de décès néonatal chez les bébés nés à terme avait été 1,4 fois (IC à 95 % = 1,1 – 1,7) plus élevé dans les petits hôpitaux (moins de 100 naissances par année) que dans les hôpitaux pratiquant plus de 3 000 accouchements chaque année. Une autre étude récente réalisée à Hessen (Heller, 2002), une province relativement peuplée d'Allemagne, a également soulevé des inquiétudes au sujet de la sécurité des petits hôpitaux. Heller (2002) a mené une étude en milieu hospitalier qui a révélé que, de 1990 à 1999, la probabilité de décès néonatals dans les petits centres d'obstétrique (pratiquant moins de 500 accouchements) avait été 3,5 fois plus élevée que dans les centres pratiquant plus de 1 500 accouchements chaque année. Selon Heller, ces résultats militent fortement en faveur de la consolidation des services d'obstétrique dans les grands centres. Il y a toutefois de grandes réserves à généraliser les résultats de l'une ou l'autre de ces études aux régions rurales du Canada.

Les comparaisons des coûts font souvent partie intégrante des études comparatives sur les interventions obstétriques pratiquées selon le niveau de service. Une étude menée en 1988 au Minnesota a révélé une réduction d'environ 12 % du coût moyen des soins d'obstétrique entre les centres urbains, les centres tertiaires en milieu hospitalier et les petits centres ruraux (Chaska *et al.*, 1988). L'étude de Nesbitt *et al.* (1990), sur l'issue de la grossesse chez des femmes des régions rurales de l'État de Washington en 1986, a révélé des frais d'hospitalisation deux fois plus élevés pour les bébés provenant de collectivités à forte émigration que chez ceux provenant de collectivités à émigration faible ou moyenne. Cependant, plusieurs chercheuses et chercheurs étudiant les services de santé ont commencé à relever les lacunes des analyses de coûts actuelles, lesquelles ne tiennent pas compte des coûts qui sont transférés aux patients et aux collectivités. « L'analyse économique devrait prendre en considération, non seulement les coûts directs des soins, mais aussi les dépenses (monétaires et autres) pour la famille. Les soins doivent non seulement être sécuritaires et économiques, mais ils doivent aussi pratiques pour la famille » (Viisainen *et al.*, 1994:404).

Quelles sont les lacunes des recherches sur les soins de maternité en milieu rural?

Les chercheurs sur les soins de maternité offerts en milieu rural ne font que commencer à examiner plus à fond les diverses répercussions de la fermeture des petits centres communautaires d'obstétrique. Ainsi, en plus de poursuivre l'évaluation de la sécurité des divers niveaux de prestation de soins de maternité en milieu rural, un nombre croissant de chercheurs canadiens du domaine de la santé demandent que l'on porte une attention accrue aux répercussions qu'ont les politiques et les pratiques relatives aux services d'obstétrique en milieu rural, sur les femmes de ces régions, leurs enfants et leur famille, ainsi que sur les dispensateurs de soins et les collectivités rurales (Hogg et Lemelin, 1986; Grzybowski *et al.*, 1991; Rourke, 1998; Hutten-Czapski, 1999; Benoit *et al.*, 2002; Klein *et al.*, 2002a,b; Sutherns et Bourgeault, 2003). Dans un article publié en Colombie-Britannique en 2002, des chercheurs ont noté que peu de rapports faisaient mention de ce que les femmes des régions rurales pensaient vraiment des services de maternité qui leur étaient offerts (Benoit *et al.*, 2002: 376). Cette observation corrobore des commentaires formulés par d'autres chercheurs qui ont déploré le peu de données qualitatives sur les services de maternité en régions rurales. « Jusqu'à maintenant, on a peu étudié les préférences des familles et cet aspect a rarement été pris en compte dans l'élaboration des politiques sur les soins de maternité » (Viisainen *et al.*, 1994: 404; voir aussi Lambrew et Ricketts, 1993). Une importante mise en garde se dégage : « Il faudrait prendre soin de ne pas écarter trop rapidement le jugement des femmes enceintes » (Hogg et Lemelin, 1986:2137).

Lambrew et Ricketts (1993:832) ont recommandé l'approche suivante pour s'assurer de la pertinence des recherches sur les services de maternité en milieu rural, en vue de l'élaboration des politiques et des pratiques sur les services de santé (1993:832). « En envisageant l'accès aux services d'obstétrique comme une question d'intérêt communautaire et public, les décisionnaires, les chercheuses et les chercheurs pourraient élaborer des approches efficaces, qui permettent de s'assurer que les femmes des milieux ruraux et les autres femmes mal desservies ont accès à des soins d'obstétrique adéquats. Un grand nombre de chercheuses et chercheurs en sont venus à la conclusion que des variables communautaires influencent la viabilité des services de maternité en milieu rural.

notamment le pouvoir décisionnaire des femmes et de leurs familles, les facteurs particuliers faisant obstacle à la prestation de services de maternité, les pratiques des dispensateurs locaux de soins et la valeur qui est accordée à l'accouchement local (Hogg et Lemelin, 1986; Bronstein et Morrisey, 1991; Lambrew et Ricketts, 1993; Hutten-Czapski, 1999). Une étude actuellement en cours sur l'information sur la naissance et sur les options qui sont actuellement disponibles dans les régions rurales de l'Alberta et de l'Ontario souligne la nécessité « non seulement d'examiner les facteurs sociaux et structuraux qui font obstacle à la communication de l'information et des options disponibles en matière de soins de maternité, mais aussi de le faire d'une manière qui soit adaptée aux réalités de la vie dans les régions rurales du Canada (Sutherns et Bourgeault, 2003:3). De récentes publications canadiennes rendent compte des inquiétudes soulevées par des chercheurs en médecine familiale au sujet d'une « cascade de dangers imprévus » susceptibles d'être provoqués par la fermeture de centres locaux d'obstétrique (Klein *et al.*, 2002a). De toute évidence, il y a lieu d'étudier plus à fond dans quelle mesure les politiques sur les services de santé et la restructuration des modèles de prestation des soins influencent les expériences des femmes et l'issue des grossesses en milieu rural.

Sommaire

Depuis les années 1970, divers chercheuses et chercheurs examinant les services de santé au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans d'autres pays industrialisés alimentent la base de données sur la sécurité et l'efficacité des systèmes régionalisés de soins périnatals et des petits centres ruraux d'obstétrique. Certaines données permettent d'envisager les services de maternité en milieu rural comme un modèle de prestation de soins efficace et approprié pour les femmes enceintes des régions rurales; par contre, d'autres études réalisées récemment en Norvège et en Allemagne contestent les allégations voulant que les petits centres de maternité sont aussi sécuritaires que les grands hôpitaux. La présente analyse documentaire soulève de nombreuses questions laissées sans réponse, quant à la sécurité et à l'efficacité de la prestation, ou à l'absence, de soins de maternité en milieu rural. Même s'il ne fait aucun doute que le maintien de petits services de maternité en milieu rural soulève de nombreuses difficultés, on ignore toujours les conséquences de la disparition de ces services. D'autres études devront donc être réalisées pour mieux comprendre toutes les conséquences de la modification des politiques de santé et des modèles de prestation des soins de maternité en milieu rural.

4. PLUS PRÈS DU DOMICILE OU PLUS LOIN DES SOINS? LES SERVICES DE MATERNITÉ DANS LES RÉGIONS RURALES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Dans son rapport final intitulé *Closer to Home*, la commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts[4], présidée par le juge Peter Seaton, a déclaré que les « soins médicalement nécessaires devaient être offerts dans le lieu de résidence du patient, ou le plus près possible de ce lieu, afin de satisfaire aux critères de qualité et de rentabilité des soins de santé » (B. C. Royal Commission on Health Care and Costs, 1991 : A-6) Même si ce principe « plus près du domicile » est devenu la rhétorique commandant une série de changements appréciables dans l'organisation des soins de santé en Colombie-Britannique tout au long des années 1990, on peut se demander si les citoyens des régions rurales de cette province ont trouvé que l'accès aux soins était devenu plus près de leur domicile en 2004 qu'il ne l'avait été dix ans plus tôt. En fait, comme le laisse croire la présente étude, de nombreuses femmes des régions rurales doivent aujourd'hui parcourir de plus grandes distances pour obtenir certaines formes de soins, y compris des soins de maternité, ce qui a amené bien des gens – dont la journaliste Lynn Haley (1999) – à se demander si la régionalisation signifiait plus près du domicile ou plus loin des soins?

Le présent chapitre décrit brièvement les restructurations qui ont été apportées dans la gestion et l'organisation des services de santé en Colombie-Britannique de 1990 à 2003, ces restructurations ayant défini le contexte pour les femmes qui accouchent et leur famille. Nous y décrivons la régionalisation des services de santé et la délégation du pouvoir décisionnaire aux autorités sanitaires, en établissant des liens avec les orientations politiques sous-jacentes des divers gouvernements qui se sont succédés. Un examen des documents d'orientation stratégique de la dernière décennie a fourni peu d'information sur la planification des services de maternité en général et plus particulièrement des services en milieu rural. Cette absence d'orientation stratégique a fait en sorte que la majeure partie des décisions concernant les soins de maternité en milieu rural ont été prises suivant les besoins du moment, en réponse à un sentiment local ou régional de crise. Par conséquent, même s'il n'y a pas eu nécessairement démantèlement des services de maternité en milieu rural, il s'est établie une orientation politique *de facto* qui a contribué à la diminution de l'accès aux services, dans le cas de naissances normales à faible risque.

Méthodologie

Nous avons passé en revue les documents stratégiques et les rapports produits de 1991 à 2003, en choisissant les documents en fonction de l'influence qu'ils ont eue sur la structure du système de santé de la Colombie-Britannique et de leurs répercussions potentielles sur les soins maternels dispensés en milieu rural. Seuls les documents de politique qui ont fait suite au rapport *Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs* et s'en sont inspirés, ont été analysés. Nous avons imposé cette limite, parce que le rapport *Closer to Home* a influencé cette série de documents et qu'il continue d'influencer la structure actuelle du système de soins de santé. (L'annexe C présente une liste des principaux documents, ainsi qu'un aperçu des recommandations qui y sont formulées.)

Des recherches documentaires ont aussi été faites à l'aide des principaux index et bases de données, dont le Social Science Citation Index, Elsevier Science, Blackwell Synergy, OVID, PubMed et Academic Search Premier. Ces recherches ont été faites en utilisant des combinaisons des mots-clés anglais suivants : rural, maternity, obstetrics, health reform et regionalization (rural, maternité, obstétrique, réforme de la santé et régionalisation). Les articles retenus sont ceux qui traitaient de politiques de régionalisation, de la gestion et de la prestation des services de santé à l'intérieur d'un système régionalisé, ou des soins de maternité en milieu rural examinés en regard de la prestation de services d'obstétrique, de la disponibilité des dispensateurs de soins, des expériences vécues par les femmes qui accouchent ou de l'issue des grossesses en milieu rural.

Une réforme en profondeur du système de santé de la Colombie-Britannique s'est amorcée au terme des travaux de la Commission royale, qui avait été mise sur pied sous le gouvernement du Crédit social en 1990, mais dont le rapport a été présenté au Nouveau Parti démocratique (NPD), nouvellement élu en 1991. Il ne fait aucun doute que les premières politiques de régionalisation adoptées par le gouvernement néo-démocrate ont été fortement inspirées du rapport de la Commission. Puis, le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique, qui est arrivé au pouvoir en 2001, a réagi aux politiques du NPD, réactions qui ont été définies dans les divers énoncés de politique qui ont été publiés au cours des années qui ont suivi. Par conséquent, bon nombre des initiatives du gouvernement libéral provincial sont toujours en cours.

Certains pourraient donc prétendre qu'il est prématuré d'analyser les politiques actuelles du gouvernement axées sur la réforme des soins de santé, car les versions finales et les résultats de bon nombre de ces politiques restent à préciser. Aussi limiterons-nous notre analyse aux objectifs de ces politiques, en notant toutefois les résultats obtenus jusqu'à maintenant et en formulant des hypothèses quant aux résultats futurs attendus. Cependant, même si nous en sommes toujours à un stade peu avancé, il est néanmoins possible de dégager des tendances et des structures organisationnelles précises qui ont influencé la prestation des soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique.

Réforme des soins de santé au Canada

Malgré des variations régionales et provinciales, certaines tendances ont été observées dans le domaine de la santé au Canada au cours des quinze dernières années; mentionnons entre autres l'adoption d'une approche d'entreprise et de gestion, pour guider le processus décisionnel devant prendre appui sur des cadres de responsabilisation et sur les « faits », dans un contexte caractérisé par une gestion financière serrée (Armstrong, 2002). Parmi les autres dimensions contextuelles des nouvelles politiques en matière de santé, mentionnons l'évolution démographique des effectifs en santé, les luttes constantes entre les divers gouvernements au sujet du partage des compétences dans les domaines de la santé et des soins de santé, l'accroissement rapide de l'usage des produits pharmaceutiques et des techniques diagnostiques sophistiquées, la demande croissante de services, le vieillissement de la population, la reconnaissance des limites des services de santé à favoriser, maintenir et améliorer l'état de santé, ainsi que les contestations à la *Loi canadienne sur la santé* et à sa mise en oeuvre (Romanow, 2002).

Régionalisation
À l'exception notable de l'Ontario, la plupart des autorités canadiennes ont aussi amorcé un processus de régionalisation en vertu duquel la planification et l'administration, auparavant centralisées des services de santé, ont été confiées à divers types d'autorité. Cette délégation de pouvoirs était motivée par une volonté à la fois d'accroître les responsabilités et la capacité de réaction des autorités locales, de réduire les coûts et de rationaliser davantage les services (McNamara-Paetz, 1996).

Church et Barker (1998) ont défini la régionalisation comme la création d'une nouvelle structure organisationnelle caractérisée par l'introduction d'un niveau additionnel de gouvernance, à qui incombe la responsabilité des fonctions dévolues. Selon cette approche, des programmes auparavant dirigés par un seul organisme étaient décentralisés et confiés à de nouveaux organismes régionaux.

Dans le contexte canadien, la régionalisation a généralement consisté à transférer un volet du pouvoir, d'un ministère de la santé à une autorité locale dont l'aire de responsabilité est habituellement définie en fonction de facteurs divers liés notamment à la géographie, à la répartition de la population et au mouvement des patients. Paradoxalement, semble-t-il, les forces de centralisation peuvent aussi entrer en jeu. Ainsi, alors qu'il y a d'une part délégation de pouvoirs administratifs, d'autres services peuvent au contraire faire l'objet d'une réorganisation qui a pour effet de les concentrer dans des secteurs précis d'une région. Les initiatives de planification et d'administration s'appliquent à des régions qui ne se limitent pas à une seule collectivité, ce qui peut favoriser une plus grande mise en commun des ressources entre les collectivités. Ces éléments de la régionalisation ont été assez uniformes dans le contexte canadien; Lomas *et al.* (1997) ont toutefois noté des variations entre les provinces, quant à la nature et à l'étendue des responsabilités confiées aux autorités locales de la santé.

La régionalisation en Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, la régionalisation a été un processus qui s'est amorcé au début des années 1990 et s'est poursuivi jusqu'au début du XXI^e^ siècle[5]. Ce fut également un processus dynamique, chaque nouveau gouvernement modifiant les structures et les modalités organisationnelles qu'eux-mêmes ou que leurs prédécesseurs avaient proposé et mis en place. Par conséquent, même si la régionalisation fut guidée par une même orientation générale, en l'occurrence la dévolution de pouvoirs aux autorités régionales, les modalités précises ont varié d'un gouvernement à l'autre. Enfin, même s'il est impossible de documenter ici toutes les nuances des processus de régionalisation des 15 dernières années, il est possible cependant de dégager des distinctions précises entre les orientations du gouvernement néo-démocrate et celles de son successeur, le gouvernement libéral qui a été élu au printemps 2001 en Colombie-Britannique.

Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts
La régionalisation est en partie le résultat des travaux de la Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts. Dans son rapport, la Commission avait en effet souligné le manque d'organisation du système de santé de la province et l'absence de planification à court et à long termes et laissait entendre que les réformes précédentes n'avaient eu qu'un caractère ponctuel, sans parvenir à aller au-delà des problèmes

immédiats. L'approche des décisionnaires ne tenait pas compte des expériences des patients et des citoyens et l'absence de mécanismes de reddition de compte rendait difficile l'évaluation du rendement. De l'avis des commissaires, bon nombre de ces problèmes pouvaient être résolus par une recommandation générale, celle de créer un système de soins de santé qui, dans la mesure du possible, assurerait au bénéficiaire un accès aux services à l'intérieur de sa collectivité ou tout au moins « plus près de son domicile ».

Cette recommandation s'appuyait sur les deux hypothèses suivantes : l'accès à proximité à des services adéquats éviterait que l'état de santé du patient se détériore du fait qu'il ait à se déplacer et la décentralisation permettrait d'adapter les services aux besoins uniques de la collectivité. Les ressources en santé seraient réparties entre les régions, en fonction de l'endroit où elles assureraient une productivité maximale. La Commission proposait à cette fin la création de « plusieurs autorités régionales » (B. C. Royal Commission on Health Care and Costs, 1991 : B-37) qui seraient chargées des questions de santé propres à leur région respective. La Commission préconisait également une simplification du système par la fusion des conseils de santé existants. Seules les questions touchant l'ensemble de la province relèveraient du ministère de la Santé, dont le rôle consisterait désormais à donner des conseils et apporter un soutien, et à veiller à la répartition des ressources entre les régions. Ces orientations initiales du processus de régionalisation ont façonné les changements qui ont suivi.

Davidson (1999) a décrit l'évolution de la réforme de la santé en Colombie-Britannique sous le régime néo-démocrate, notant le caractère distinctif de la réponse stratégique initiale à la Commission royale, qui faisait de la participation démocratique un volet essentiel du processus local de prise de décisions et dont l'objectif santé était d'améliorer la santé des habitants de la Colombie-Britannique, en les rendant plus maître de leur santé – cette philosophie faisant écho à la définition de la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Au fil des ans, poursuit Davidson, cette orientation stratégique et les moyens proposés pour y parvenir ont fait l'objet d'une réorientation majeure — orientations qui, croyons-nous, ont été poursuivies et renforcées par le gouvernement libéral provincial qui a suivi.

De la dévolution à la délégation

Au début des années 1990, le gouvernement néo-démocrate a adopté le concept de la décentralisation et a rapidement donné suite à bon nombre des recommandations de la Commission Seaton. Le processus de la régionalisation a toutefois emprunté deux formes distinctes durant les deux mandats du gouvernement néo-démocrate.

La première vision de la régionalisation du gouvernement néo-démocrate a été définie dans le document *New Directions for a Healthy British Columbia* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993), lequel proposait la création d'un réseau formé de 82 conseils communautaires de la santé et de 20 conseils régionaux de la santé, dont le mandat était de veiller à ce que les services de santé mis en place conviennent aux besoins de la région, tant sur le plan démographique que géographique. Le gouvernement proposait d'accroître l'efficacité du système en améliorant les lieux de prestation des soins et en modifiant au besoin les budgets. Il proposait également de revoir l'usage qui était fait des

hôpitaux, afin de découvrir tout domaine où il serait possible de réduire le gaspillage et d'examiner des solutions de rechange en matière de prestation des soins.

Cette vision n'a toutefois pas été entérinée et elle fut remplacée par un autre énoncé de politique, intitulé *Better Teamwork, Better Care* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1995). Ce deuxième modèle prévoyait la création de 34 conseils communautaires de santé, 11 conseils régionaux de santé, en plus d'une nouvelle structure – les sociétés de services de santé communautaires (7), pour un total de 52 autorités de la santé. Les nominations au sein des conseils communautaires et régionaux de la santé ont débuté en novembre 1996, mais il a fallu un temps variable aux diverses autorités avant de devenir opérationnelles.

En 2001, le gouvernement libéral nouvellement arrivé au pouvoir en Colombie-Britannique a procédé à une autre restructuration du système, invoquant la lourdeur bureaucratique et l'absence de cadre de responsabilisation de l'ancien système. Le nouveau système introduit par les Libéraux, et décrit dans le document *A New Era for Patient-Centred Health Care* (BC Ministry of Health Planning, 2001), proposait la création de cinq autorités sanitaires réparties géographiquement, d'une autorité provinciale des services de santé (PHSA) et de l'autorité de santé Nisga'a[6].

Ces deux systèmes publics différaient non seulement quant au nombre d'autorités sanitaires jugées nécessaires pour atteindre les objectifs visés, mais aussi quant aux objectifs mêmes de la régionalisation. Ainsi, même si l'efficacité et l'efficience étaient deux critères importants dans les deux systèmes, le NPD percevait ces critères comme des résultats du système, alors que pour les Libéraux l'efficacité et la responsabilisation devenaient des objectifs. De plus, comme l'a constaté Davidson (1999), le mandat des autorités sanitaires a lui aussi été modifié, celles-ci n'étant plus chargées de répondre aux besoins locaux de manière à favoriser la santé et le bien-être, mais plutôt de veiller au respect de normes provinciales à l'intérieur d'une structure décentralisée. Ces différences fondamentales dans l'orientation des politiques et les mécanismes de reddition de compte revêtent non seulement une importance générale, mais aussi une importance en regard de la prestation des soins de maternité en milieu rural.

De l'amélioration des effets sur la santé à l'amélioration de l'accès du public aux services de santé

Selon la Commission Seaton, la décentralisation devait avoir pour objectif ultime l'amélioration de la santé globale des habitants de la Colombie-Britannique. Malgré l'absence de définition de la « santé », l'objectif de l'orientation stratégique ne faisait aucun doute, selon Davidson (1999: S35) : « il fallait déléguer des pouvoirs substantiels aux citoyens dans le domaine de services de santé, afin non seulement de faire contrepoids aux pouvoirs des professionnels de la santé, mais aussi de favoriser une orientation communautaire à la notion de bien-être ». Au fil des ans, toutefois, cette approche axée sur la santé de la population a disparu, cédant la place à ce que Davidson a décrit comme une volonté d'améliorer l'accès du public aux services de santé traditionnels. Ce changement est né en partie de la volonté exprimée par le public d'avoir accès aux services, mais aussi de la difficulté à réaliser une approche centrée sur la santé de la population, dans un système de santé dominé par les soins aigus.

James (1999) s'est demandée si certains gouvernements n'ont pas utilisé le discours de la santé de la population comme un moyen de transférer le lieu de prestation des soins, depuis les établissements vers les collectivités, afin qu'il soit plus facile de supprimer ou de déplacer les services dans le cadre du processus de régionalisation. Dans son étude sur la réforme des soins de santé en Saskatchewan, James se demande si cette orientation des politiques sur la santé de la population n'a pas fourni aux gouvernements un bon argument pour justifier la réduction du financement accordé aux établissements de soins de santé et la diminution globale des dépenses. Cette vue est partagée par Lomas (2001 : 356) qui a déclaré qu'un « grand nombre de conseils régionaux de santé ont été utiles pour les gouvernements provinciaux, à la fois comme acteurs principaux de la rationalisation et comme inducteurs locaux du changement ».

D'une responsabilité politique à une responsabilité de gestion

La vision de la Commission Seaton préconisait une plus grande participation du public à la prise des décisions en matière de santé, cette vision ayant été élaborée en réponse à la perception voulant que le processus décisionnel ait été jusque là dominé par des intérêts ou des groupes particuliers (incluant les dispensateurs des soins de santé et les groupes d'intérêts politiques locaux). La participation du public était vue comme un moyen de mieux comprendre le système de santé et d'accroître la faculté de la population locale de réagir.

Plusieurs études ont conclu que la participation à la planification locale est une expérience positive pour les membres des conseils de santé, car cela leur permet d'apporter leur contribution à leur collectivité, de participer à des fonctions communautaires importantes et d'influencer les politiques et les normes (Frankish *et al.*, 1999; Veenstra et Lomas, 1999). Church et Barker (1998) ont cependant mis en doute la possibilité que des collectivités réparties sur de grandes distances puissent communiquer et partager des intérêts, dans la mesure où l'exige un système régionalisé de soins de santé.

La participation de la collectivité à l'administration des soins de santé soulève la question du choix des membres appelés à occuper ces fonctions et de la population qu'ils doivent représenter. Selon Veenstra et Lomas (1999), les divisions sociales et les autres facteurs susceptibles d'isoler une personne des autres membres de sa collectivité peuvent compromettre la défense de leurs intérêts, et la capacité de faire échec à ces divisions varie en fonction des caractéristiques de chaque collectivité. Frankish *et al.* (2002) ont pour leur part souligné les différences entre les membres des conseils, dont certains croient représenter les personnes ayant les mêmes caractéristiques physiques et socio-économiques qu'eux, alors que d'autres membres estiment représenter les personnes qui partagent leurs intérêts. Ces divergences au sujet de la représentation peut créer une source de tension au sein des conseils de santé.

En Colombie-Britannique, la vision initiale de la responsabilisation, qui avait été proposée par les premières initiatives de régionalisation, prévoyait une plus grande sensibilité aux priorités locales et régionales, par l'élection publique des membres siégeant aux conseils de santé. Cette responsabilité avait alors été alors définie comme l'obligation de rendre compte, non seulement aux gouvernements, mais aussi aux citoyens de la région. Durant le processus de mise en oeuvre, toutefois, le NPD a modifié la formule, passant de l'élection à la nomination des membres siégeant aux conseils.

Commentant la participation de la collectivité aux conseils de santé de la Colombie-Britannique, Davidson (1999) a soulevé plusieurs problèmes associés à la vision initiale, notamment la crainte que certains intérêts politiques particuliers dominent au sein des conseils de la santé en raison du faible taux de participation aux élections, la propension du public à confondre santé et soins de santé (qui risquait d'accroître les pressions en faveur d'un élargissement de l'accès aux soins de santé) et les inquiétudes du public face aux listes d'attente. Comme l'ont fait remarquer Lewis *et al.* (2001 : 342), « la démocratisation officielle n'est pas une garantie en soi de l'intérêt ». En l'absence d'une vaste participation, il peut être plus facile pour des groupes d'intérêt précis de s'attribuer des pouvoirs et de faire adopter des programmes qui ne sont pas représentatifs de la vision du système de santé de l'ensemble de la population.

Selon Davidson, ce passage – de membres élus à des membres nommés au sein des conseils de santé de la Colombie-Britannique – signifiait que les pouvoirs n'étaient plus dévolus, mais qu'ils étaient maintenant délégués par le gouvernement provincial, en vertu du processus de nomination. Cette approche a eu pour effet de modifier en retour le cadre de responsabilisation – d'un cadre politique à un cadre de gestion – une approche qui a été maintenue lorsque les Libéraux provinciaux ont réformé à leur tour la structure des autorités sanitaires. Depuis l'ère libérale, les personnes nommées au sein des diverses structures de gouvernance sont plus susceptibles d'être issues du milieu des affaires ou du secteur professionnel, une tendance qui est venue consolider la perception selon laquelle la responsabilité financière et la responsabilité de gestion sont désormais leurs principaux mandats.

Tous ces changements — à savoir le processus de régionalisation en soi et les volets particuliers y afférents — ont eu un effet dramatique en Colombie-Britannique. Ils ont aussi eu des répercussions différentes, entre les régions urbaines et rurales de la province.

La régionalisation et les collectivités rurales

La Commission royale (1991) avait formulé des commentaires précis sur les questions liées à la prestation des soins en milieu rural. Son rapport *Closer to Home* énonçait ainsi divers obstacles majeurs nuisant à l'accès aux soins en milieu rural, soulignant entre autres la pénurie de dispensateurs de soins, le caractère inadéquat des services d'urgence et les coûts que devaient assumer les patients forcés de se déplacer pour obtenir un traitement. Le rapport notait également que le transfert des patients, de leurs collectivités vers un autre centre pour y recevoir des traitements, était difficile et sous-optimal. Et bien que la Commission jugeait inévitable qu'une portion des patients de la Colombie-Britannique, vivant en régions rurales et éloignées, doivent continuer de se rendre à l'extérieur pour obtenir un traitement, elle prétextait dans son rapport *Closer to Home* qu'un système décentralisé permettrait de mieux répondre à de nombreux besoins des collectivités rurales et éloignées en matière de santé.

L'opinion générale est partagée quant à savoir si ces réformes ont amélioré, ou au contraire diminué, l'accessibilité aux services de santé en général en milieu rural, et plus particulièrement aux soins de maternité. Bien que les gouvernements qui se sont succédés aient soutenu que leurs politiques de régionalisation étaient tout indiquées pour relever les

défis liés à la prestation de soins de santé dans les collectivités rurales – et ce d'une manière à la fois financièrement responsable et réalisable, certains analystes ne partagent pas cet avis.

Church et Barker (1998), par exemple, ont souligné la difficulté de concilier la régionalisation et ses effets escomptés avec la géographie, notant que la géographie du Canada fait qu'il est difficile de réaliser des économies d'échelle qui font de la régionalisation un modèle fonctionnel dans les régions plus densément peuplées. Il est en effet plus réaliste de concevoir que des économies d'échelle sont possibles lorsque la population est abondante et concentrée à l'intérieur d'une région géographique, comme c'est le cas dans certains pays européens. Le caractère dispersé et fortement rural de la population du Canada rend difficile ce volet particulier de la régionalisation. Ces auteurs déclarent : « somme toute, les populations régionales du Canada sont peut-être trop petites pour réaliser de véritables économies d'échelle ou, de façon plus générale, pour assurer une coordination des services de santé » (Church et Barker, 1998 : 474). La géographie pose également des problèmes en ce qui a trait à la disponibilité des médecins (et des dispensateurs de soins officiels et officieux en général), ainsi qu'à leur charge de travail et leurs compétences.

Médecins ruraux

Le nombre inadéquat de médecins et d'autres dispensateurs de soins nuit fortement à l'atteinte de l'objectif visant la prestation de services de santé à proximité du domicile des patients. Le rapport *Closer to Home* a cependant pris soin de souligner que la pénurie de médecins en régions rurales et éloignées ne traduisait pas une pénurie de médecins dans l'ensemble de la province, la Commission estimant que le problème lié aux dispensateurs de soins était essentiellement dû la répartition de ces ressources et non à leur nombre. Il incombait donc, dans le cadre de la réforme de la santé, d'élaborer un modèle de régionalisation réalisable et de veiller à ce qu'il y ait un nombre adéquat de dispensateurs de soins pour la réaliser.

Au début du processus de régionalisation, le gouvernement néo-démocrate a réagi au problème lié à la répartition des médecins et conclu que la solution à ce problème devrait être largement dissociée du processus de régionalisation. Il semble que ce gouvernement estimait que la complexité de la régulation du lieu de travail des dispensateurs de soins exigeait l'adoption de politiques élaborées avec soin qui apportent une solution au problème, tout en offrant un degré appréciable d'autonomie. Le gouvernement néo-démocrate a donc tenté de concilier sa politique de régionalisation avec une approche axée sur le recrutement et le maintien en fonction pour répondre aux besoins en médecins.

L'approche préconisée par le NPD, en matière de recrutement et de maintien des effectifs, était axée sur la rémunération et reconnaissait que le système de facturation à l'acte du ministère de la Santé décourageait certains médecins à exercer dans les régions rurales et éloignées, où les patients sont moins nombreux. Ainsi, à l'intérieur d'un système de facturation à l'acte non corrigé, le médecin rural soumettrait en général moins de factures que son collègue en milieu urbain. Donc, sans ajustement des taux de rémunération, certaines collectivités étaient trop petites pour qu'il y soit rentable pour un médecin d'y exercer la médecine familiale. Le gouvernement néo-démocrate s'est engagé à maintenir l'indemnité de travail dans le Nord et d'isolement qui existait depuis plus d'une décennie. Ce programme prévoyait le versement d'un montant additionnel aux médecins, l'indemnité

accordée étant calculée en fonction d'un système de points basés sur le degré d'éloignement de la collectivité. Selon cette formule, les médecins exerçant dans les régions les plus éloignées toucheraient la rémunération supplémentaire la plus élevée. Des dépenses de déplacement ont par la suite été ajoutées à la rémunération dans le cadre du *Physician Outreach Program* (programme d'extension des services de médecins) de 1998.

Les controversées mesures de rémunération des médecins (*Physician Supply Measures*), adoptées en 1996, avaient étaient pensées dans le but d'améliorer la répartition géographique des médecins de la Colombie-Britannique, en permettant aux nouveaux diplômés des écoles de médecine de toucher plus rapidement un pourcentage plus élevé s'ils exerçaient dans des régions rurales et éloignées qui comptaient habituellement peu de médecins. Cette politique a toutefois été contestée avec succès devant les tribunaux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, car elle autorisait une rémunération déraisonnable pour des services médicaux, ainsi qu'en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* car elle violait la liberté de circulation et d'établissement des médecins.

Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a tenté à son tour de résoudre les problèmes de recrutement et de maintien en poste des médecins, mais il a décidé d'intégrer ces mesures dans sa vision globale de la régionalisation, contrairement au gouvernement néo-démocrate qui avait essentiellement traité la décentralisation des services de santé et le recrutement de médecins comme deux questions distinctes. Le gouvernement libéral a donc adopté une approche plus étroitement liée, estimant que le recrutement et le maintien en fonction des médecins faisait partie intégrante de sa vision de la décentralisation. Il estimait notamment que la mise en place de nouveaux mécanismes de financement, comme la possibilité d'offrir un mode de rémunération salariale, rendraient les autorités sanitaires mieux aptes à offrir des conditions susceptibles d'attirer les médecins dans les régions rurales et éloignées.

Le gouvernement libéral estimait également que la rémunération était un facteur déterminant dans le recrutement et le maintien en poste des médecins en milieu rural. Et comme son prédécesseur néo-démocrate, le gouvernement libéral a tenu compte de plusieurs facteurs holistiques cités dans le Rapport Dobbin de 1998, apportant toutefois ses propres modifications au barème de rémunération. Le document *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia* (B. C. Joint Standing Committee, 2002) définissait les mesures prévues et celles déjà mises en place pour pallier le problème de la répartition des médecins dans les régions rurales de la Colombie-Britannique. Ensemble, ces programmes forment les principaux volets de ce que le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a désigné son initiative de santé rurale (*Rural Health Initiative*). Les programmes qui s'inscrivent dans cette initiative portent sur deux thèmes principaux : l'offre de médecins et la formation médicale en milieu rural, et tous deux insistent largement sur les mesures d'indemnisation des médecins. Afin de faciliter encore plus l'application de son modèle de régionalisation en regard des problèmes liés à l'offre de médecins, le gouvernement libéral a introduit, en 2002, son *Rural Retention Policy Framework for Health Authorities* (cadre stratégique de maintien des effectifs en milieu rural, pour les autorités sanitaires), lequel consiste essentiellement en un programme d'incitation financière visant à attirer des médecins dans des régions rurales et éloignées et à les encourager à y rester longtemps (B. C. Joint Standing Committee, 2002).

Charge de travail des médecins en région rurale

Le Rapport Dobbin (Dobbin 1998), commandé par le gouvernement néo-démocrate, avait souligné le fait que la prestation continue de services, 24 h sur 24, constituait un véritable problème pour les médecins en milieu rural. Alors que l'accès à des services à proximité puisse être bénéfique pour les patients, les petits hôpitaux desservis par peu de médecins ont de la difficulté à offrir des services sur une base continue. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, l'augmentation du nombre de quarts sur appel peut constituer un énorme fardeau pour les médecins des régions rurales et éloignées et il a été démontré que ce facteur influence la décision du médecin d'offrir ou non des services d'obstétrique. Ce même Rapport souligne par ailleurs que la collaboration entre collègues a une influence positive sur les médecins, qui bénéficient ainsi d'un plus grand soutien, de rapports collégiaux et d'une diminution du nombre de quarts sur demande.

Le Rapport mentionnait les services d'obstétrique en milieu rural comme un domaine où il y aurait lieu d'accroître la collaboration afin de réduire les lourdes charges de travail et ajoutait qu'un omnipraticien ne devrait pas avoir à pratiquer un accouchement s'il n'est pas sur appel et si le médecin en fonction offre des services d'obstétrique. Donc, tout en préconisant une meilleure rémunération pour les médecins en milieu rural, le Rapport semblait également jeter les bases d'une concentration des soins aigus dans les hôpitaux régionaux.

Le gouvernement néo-démocrate a tenté de répondre aux préoccupations soulevées au sujet de la charge de travail des médecins des milieux ruraux, par l'introduction de son programme *Northern and Rural Locum Program* en 1998 qui prévoyait des mesures visant à faciliter la prise de congé par médecins des régions rurales et éloignées. Ce gouvernement n'a pas donné suite au processus d'intégration recommandé par le rapport Dobbin, bien qu'une version de cette recommandation a été présentée plus tard par le gouvernement libéral qui a adopté la notion de masse critique pour définir la charge de travail des médecins. Le document *Standards of Accessibility* s'appuie sur la théorie de la masse critique pour démontrer qu'une collectivité a besoin de plus d'un médecin pour offrir les services qui doivent être accessibles en tout temps (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002). Les initiatives de recrutement et de maintien des effectifs doivent donc être suffisamment intéressantes pour permettre la constitution d'un groupe de médecins capables de partager des responsabilités, ceci afin de prévenir l'épuisement des médecins et d'assurer la prestation de services en tout temps. Selon *Standards of Accessibility*, le nombre de dispensateurs de soins requis dans le groupe variait en fonction de l'emplacement, les petites collectivités ayant toutefois de la difficulté à réunir la masse critique.

Le document *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities*, publié par le Ministry of Health Planning sous le gouvernement libéral (2002a) de la Colombie-Britannique, proposait une autre approche pour la prestation des services de soins primaires dans les régions rurales. En vertu du principe de la masse critique, les médecins étaient encouragés à exercer en groupes, de préférence multidisciplinaires, afin que les patients puissent avoir accès à un éventail de soins primaires et services spécialisés réunis en un même endroit. Les groupes de dispensateurs pouvaient être structurés de manière à répondre aux besoins particuliers de chaque collectivité en matière de santé. Cette politique visait à améliorer la capacité du patient

d'avoir facilement accès à un éventail complet de services de santé, et ce vingt-quatre heures par jour. Les questions liées à la charge de travail des médecins en milieu rural semblent donc avoir trouver écho dans la version de la régionalisation mise en place par le gouvernement libéral. La concentration des services médicaux dans des hôpitaux régionaux desservant un certain nombre de collectivités rurales allège le fardeau des médecins qui exercent dans des conditions relativement isolées, dans les hôpitaux plus petits. Cependant, une telle organisation des services vient mettre en péril les principes de la notion « plus près du domicile ». Une autre solution serait que les omnipraticiens des régions rurales élargissent leurs champs de compétences (y compris en anesthésiologie et en chirurgie), afin d'être mieux en mesure de répondre aux besoins des citoyens.

Autres dispensateurs de soins : Infirmières et infirmiers, sages-femmes et doulas

Même si l'amélioration de l'accès fut l'un des motifs invoqués pour justifier la réglementation et le financement public de la profession des sages-femmes en Colombie-Britannique, à ce jour peu de femmes qui accouchent en régions rurales ont pu profiter de la réglementation de cette profession. À titre d'exemple, aucune sage-femme n'exerçait dans les lieux visés par la présente recherche, lesquels offrent une représentation fidèle de la situation dans la plupart des collectivités rurales de la Colombie-Britannique. En plus des questions fondamentales liées à l'offre se posent également des problèmes d'ordre structurel, en l'occurrence les mesures législatives dissuasives, comme les modèles actuels de rémunération qui rendent difficile l'exercice de la médecine dans un milieu à faible volume, les exigences relatives à la pratique active d'accouchements à domicile et en milieu hospitalier, ainsi que la nécessité d'avoir accès à des spécialistes à des fins de discussion, de consultation et de transfert. Les difficultés pour les infirmières et infirmiers des régions rurales ont trait au maintien de leurs compétences en obstétrique en raison du faible volume, aux mesures de dotation dans bon nombre d'hôpitaux communautaires qui ne permettent pas d'affectation précise en obstétrique et qui exigent que tous travaillent comme infirmières et infirmiers généraux, ainsi que la difficulté de suivre des programmes de formation continue offerts à l'extérieur de la collectivité car il est difficile de une remplaçante ou un remplaçant pour quelque durée que ce soit. Les doulas, ces femmes qui suivent une formation pour accompagner la femme durant le travail et l'accouchement, apparaissent comme une profession complémentaire dans bon nombre de collectivités rurales, où elles offrent la possibilité d'élargir l'équipe officielle de dispensateurs de soins. De l'avis de certains, les équipes interdisciplinaires de professionnels travaillant ensemble d'une manière concertée constituent le seul moyen d'assurer la prestation de soins aux femmes enceintes, au cours des années à venir (Kornelsen, 2003).

Temps de déplacement

Le temps qu'il faut à une patient ou un patient pour recevoir un traitement est un facteur important qui a été pris en compte dans l'élaboration de la politique de régionalisation et du concept général de la prestation de soins plus près du domicile. Cependant, la capacité de la régionalisation de réduire le temps de déplacement est fortement tributaire de la présence de médecins dans les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique. Le gouvernement néo-démocrate a reconnu ce lien, et des mesures ont été prises pour tenter de mieux répartir les médecins dans la province, de manière à ce que les services de santé urgents et non urgents soient accessibles en tout temps, à l'intérieur d'une distance raisonnable. Le gouvernement a toutefois pris conscience qu'il devait y avoir complémentarité entre les

solutions aux problèmes de répartition des médecins et la réforme axée sur la régionalisation, si l'on voulait que les régions rurales et éloignées soient bien desservies, et ce dans un délai raisonnable.

Il s'est toutefois révélé difficile d'assurer un temps de déplacement adéquat pour les patients visant en régions rurales et éloignées, car les facteurs déterminants variaient d'une région à l'autre. La réforme de la santé préconisée par le gouvernement néo-démocrate s'appuyait sur la recommandation de la Commission Seaton, selon laquelle les services de soins primaires devraient être facilement accessibles, plus près du domicile. Or ce même gouvernement affirmait, dans son document *Strategic Directions*, qu'il était impossible d'établir des critères universels en matière de rapidité d'accès, en raison de l'offre insuffisante de dispensateurs de soins dans les régions rurales et éloignées (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999). Le gouvernement a donc opté pour une approche visant à améliorer l'accessibilité en déterminant quels services de santé seraient offerts dans un endroit mitoyen, ou seraient accessibles à chaque personne à l'intérieur d'un temps de déplacement précis. Les *Strategic Directions* ne précisaient toutefois pas quels services seraient inclus dans cette catégorie. Afin d'assurer l'accessibilité aux services offerts en terrain mitoyen, le ministère avait l'intention de surveiller le nombre de praticiens et de veiller à ce que ceux-ci soient répartis sur une base géographiquement équitable, en ayant recours aux programmes de recrutement et de maintien des effectifs cités précédemment.

Le gouvernement libéral provincial a pour sa part adopté une approche différente, en alléguant qu'il était possible, à partir des facteurs démographiques, de déterminer de façon approximative l'utilisation du système de santé puis de répartir en conséquence les ressources requises pour la prestation des soins aigus. Les *Standards of Accessibility* ont défini les délais de traitement appropriés à l'intérieur des régions (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002), différentes normes s'appliquant aux trois catégories principales de soins aigus, à savoir les soins d'urgence, les soins aigus aux patients hospitalisés et les soins spécialisés. En vertu des lignes directrices établies, 98 % des personnes relevant d'une autorité sanitaire devaient avoir accès à des services d'urgence à moins d'une heure de déplacement (temps basé sur la distance *aérienne*), 98 % des habitants de la région devaient avoir accès à des soins aigus pour patients hospitalisés (y compris des services d'obstétrique pour patientes à faible risque) situés à moins de deux heures de déplacement, alors que les services spécialisés, incluant l'obstétrique et la gynécologie, devaient être accessibles pour 98 % de la population, en moins de quatre heures de déplacement. Ce principe qui consiste à établir des lignes directrices en matière d'accès en fonction de la distance aérienne devra toutefois être revu. Les stratégies mises de l'avant par le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique, en vue d'atteindre ces objectifs, sont compatibles avec sa version de la décentralisation, laquelle inclut la rationalisation et la restructuration des traitements en milieu hospitalier, la mise en oeuvre d'une formule basée sur les risques pour guider l'affectation des fonds et la délégation à la PHSA de la responsabilité de réduire les disparités entre les habitants de la province, en matière d'accès aux services de santé.

Maintien des compétences des praticiens en regard d'un faible volume

De l'avis de certains, le nombre plus limité de patients dans les collectivités rurales peut rendre difficile le maintien des compétences requises par les praticiens pour le traitement

de certains problèmes de santé bien que, comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, Klein *et al.* (2002d) n'ont relevé aucune donnée qui permette de corroborer cette vue à l'égard des soins de maternité. Malgré cela, les gouvernements néo-démocrate et libéral ont tous deux alimenté cette perception de la difficulté que peuvent éprouver les médecins des régions rurales et éloignées à maintenir leurs compétences, s'ils n'ont pas l'occasion de les appliquer régulièrement. Les collectivités rurales et éloignées luttent depuis toujours pour attirer et conserver un nombre adéquat de médecins; leurs efforts sont toutefois contrecarrés par des politiques qui viennent renforcer cette perception – jusqu'à maintenant non fondée – mais qui pourrait néanmoins amener les médecins à éviter de faire certaines procédures, estimant ne pas les utiliser assez souvent pour demeurer compétents.

Dans son document *Strategic Directions for British Columbia's Health Care System*, le ministère de la Santé sous le gouvernement néo-démocrate a continué d'appuyer la recommandation formulée dans le rapport *Closer to Home* selon laquelle les services de soins primaires devaient être facilement accessibles, à proximité du lieu de résidence (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999). Le Ministère reconnaissait toutefois qu'il serait difficile de respecter cette recommandation, car la mise en place de services spécialisés exigeait la présence d'appareils spécialisés et de médecins pratiquant régulièrement ces procédures.

Ce problème perçu quant au maintien des compétences professionnelles — c.-à-d. le maintien d'un ensemble de compétences par la répétition — a également influencé la réforme mise en place par le gouvernement libéral, comme en témoigne le document *Standards of Accessibility*, qui lie la compétence professionnelle au premier modèle de prestation de soins aigus. Le maintien des compétences professionnelles exige que les dispensateurs de soins soient formés pour traiter les situations exigeant des soins aigus et qu'ils aient à faire face à de telles situations régulièrement pour conserver leurs aptitudes. Cette exigence relative à la régularité de la pratique augmente en outre parallèlement à la complexité des services à dispenser. En d'autres mots, les personnes dispensant des services spécialisés devraient être fréquemment exposés à des cas. Or la faible incidence de tels cas dans les populations rurales, vu le nombre limité d'habitants, fait qu'il est difficile d'assurer des services spécialisés à proximité du lieu de résidence. Les *Standards of Accessibility* traduisent une perception voulant que la disponibilité de dispensateurs de soins n'est pas le seul problème en régions rurales et éloignées et que le recrutement et le maintien de dispensateurs de soins possédant un niveau satisfaisant de compétence professionnelle peut aussi créer un problème particulier dans ces régions. C'est cet argument, inspiré des *Standards of Accessibility*, qui a été invoqué pour justifier l'orientation des patients vers des hôpitaux régionaux où les médecins sont exposés à un volume jugé suffisant pour assurer le maintien de leurs compétences professionnelles.

Accès aux soins de maternité en milieu rural

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'offre de services d'obstétrique a toujours été un problème dans les régions rurales, en partie du fait qu'il est difficile pour ces collectivités d'attirer et de conserver des médecins disposés à offrir ces services. Cependant, l'état actuel des services d'obstétrique en milieu rural ne peut être attribué uniquement à la

répartition des médecins, car ces services sont également sensibles aux changements dans l'organisation et la prestation des soins de santé. Comme les gouvernements néo-démocrate et libéral de la Colombie-Britannique ont envisagé la réforme des soins de santé dans une optique différente, le mode de prestation des services d'obstétrique en milieu rural a différé sous chacun de ces gouvernements.

Au début du processus de restructuration, le rapport *Closer to* Home notait qu'entre 25 et 42 % des cas d'obstétrique dans les régions rurales et éloignées étaient dirigés vers des centres urbains (British Columbia Royal Commission, 1991), une tendance qui, de l'avis de la Commission, devait être inversée : un plus grand nombre de femmes des régions rurales et éloignées devraient accoucher dans leur collectivité. Ce rapport notait également que l'hospitalisation, le stress émotionnel et financier, ainsi que l'instabilité familiale et conjugale durant la grossesse, augmentaient le risque de donner naissance à un bébé présentant une insuffisance pondérale. La Commission a invité les décisionnaires à prendre conscience de ces facteurs et à élaborer des politiques qui témoignent d'une approche globale en regard de la santé génésique. Pourtant, après plus d'une décennie et de multiples tentatives de restructuration, un nombre toujours croissant de femmes doivent aller accoucher à l'extérieur de leur collectivité, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de collectivités marquées par le phénomène d'émigration en Colombie-Britannique. Ironiquement, les services de maternité en milieu rural figuraient parmi les quelques services qui, croyait-on, devaient profiter de la régionalisation, selon le rapport de la Commission Seaton.

L'énoncé stratégique du gouvernement néo-démocrate, intitulé *New Directions*, a donné lieu à la création de multiples autorités chargées de la prestation de services dans les différentes collectivités (BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993). Ces politiques visaient à offrir un large éventail de services au niveau local, ces services allant des soins primaires aux soins aigus et à long terme. Le modèle de régionalisation proposé incitait les collectivités voisines à s'unir pour assurer la prestation d'un large éventail de services. Le modèle de régionalisation mis en place par le gouvernement libéral provincial reposait sur davantage sur une macro-approche, qui consistait à réunir les petites unités communautaires créées sous le gouvernement néo-démocrate en de vastes régions, dont plusieurs englobait un vaste territoire.

Il existe un lien entre les modèles de régionalisation qui ont été adoptés par les gouvernements et l'émigration croissante des collectivités. Ainsi la philosophie axée sur la prestation de soins plus près du domicile, préconisée par la Commission Seaton, a favorisé l'adoption de politiques visant à faire en sorte que les femmes à faible risque puissent avoir accès à des services de maternité dans leur collectivité. De fait, les documents *New Directions* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993) et *Better Teamwork, Better Care* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1995) prévoyaient que les femmes enceintes ne devaient avoir à se rendre plus loin qu'une localité voisine pour accoucher et y recevoir les soins requis durant l'accouchement. Le document *New Directions* stipulait par ailleurs que les conseils communautaires ou régionaux de santé devaient offrir un large éventail de services, même dans les régions rurales et éloignées, et que seuls les cas à haut risque identifiables devaient être transférés hors de la région, vers un grand centre. Ces

politiques n'ont cependant pas permis de freiner l'émigration des femmes enceintes des régions rurales et éloignées.

L'arrivée au pouvoir du gouvernement libéral provincial a eu pour effet de modifier non seulement le modèle de régionalisation, mais aussi les lieux de prestation des services de maternité. Ainsi, le modèle de régionalisation mis en place conformément aux principaux énoncés de politique en matière de santé du gouvernement libéral [*A New Era Update* (B. C. Ministry of Health Services 2002, 2003) et *The Picture of Health* (B. C. Ministry of Health Planning 2002b)], a modifié le plan de prestation des services de maternité qui avait été élaboré par le gouvernement néo-démocrate. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le modèle de régionalisation des Libéraux provinciaux a entraîné la fusion des 52 conseils communautaires ou régionaux de la santé en cinq autorités régionales de la santé, auxquelles s'ajoutaient une autorité sanitaire provinciale et l'autorité sanitaire Nisga'a, maintenue comme septième entité distincte dans la province. En vertu de ces nouvelles politiques, un éventail de services de santé qui étaient auparavant offerts par bon nombre de collectivités rurales, y compris des soins aigus dispensés dans des petits hôpitaux locaux, devaient désormais être centralisés dans de grands hôpitaux régionaux. Les spécialistes et les chirurgiens ont donc commencé à dispenser tous leurs services dans les hôpitaux régionaux, et les soins de santé dans bon nombre de collectivités rurales et éloignées sont devenus de plus en plus limités aux soins primaires et à certains services de diagnostic.

Il est possible que le nouveau processus de régionalisation mis en place par la réforme amorcée au début du XXI^e^ siècle ait eu peu d'effets sur l'accès aux services de maternité en milieu urbain; dans les régions rurales et éloignées, par contre, la plupart des services de maternité ont été regroupés dans les hôpitaux régionaux. Même si le transport par ambulance continue d'être offert pour les femmes en travail, les temps de déplacement sont parfois longs et le trajet, parfois difficile. De plus, ces politiques ne prévoient pas de dispositions précises relatives à l'accompagnement d'une femme en travail. Tous ces facteurs ont contribué à accroître le phénomène d'émigration.

Les changements structurels qui réduisent les services d'obstétrique dans les hôpitaux ruraux créent non seulement des problèmes sur le plan du transport, mais rendent également plus difficiles les accouchements locaux. Il est possible en effet que les omnipraticiens hésitent désormais à pratiquer des accouchements – même à faible risque – dans un endroit isolé, car la concentration des obstétriciens dans les hôpitaux régionaux les prive d'un soutien rapidement accessible, au besoin. Il pourrait donc devenir difficile, voire impossible, de prévoir accoucher dans la collectivité. Enfin, bien que l'apport des sages-femmes demeure précieux, le transfert des services d'obstétrique vers les centres régionaux vient également compromettre l'exercice des sages-femmes dans les collectivités rurales.

Dans sa politique *Standards of Accessibility*, le gouvernement libéral provincial a reconnu que la réforme des soins de santé axée sur la régionalisation risquait d'avoir une incidence sur les services de maternité offerts en régions rurales (BC Ministry of Health Services and Health Planning, 2002). Cette politique proposait d'étendre les fonctions des omnipraticiens afin qu'un plus grand nombre de services, notamment en chirurgie obstétrical, soient disponibles. Les omnipraticiens pourraient ainsi recevoir une formation additionnelle à

celle qui est normalement exigée, de manière à pouvoir pratiquer des chirurgies, comme des césariennes. La collectivité pourrait ainsi être plus auto-suffisante et dépendre moins du transfert de patients vers les grands centres, ceci réduirait également au minimum les besoins en spécialistes. Cependant, la politique *Standards of Accessibility* repose également sur la capacité d'une collectivité d'attirer un nombre adéquat de médecins. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le recrutement et le maintien de médecins dans les collectivités rurales demeurent un problème et il n'y a aucune garantie que ces médecins accepteront d'offrir des services d'obstétrique et de s'occuper des femmes durant le travail et l'accouchement. Même si le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales décident d'appuyer c la prestation de services d'obstétrique dans les collectivités rurales, ceci ne pourra se faire sans la présence d'un médecin disposé et apte à offrir ces services.

Sommaire

Dans un rapport publié en 2002 sur les normes d'accessibilité aux soins de santé, le Ministry of Health Services and Health Planning de la Colombie-Britannique a souligné l'absence de lignes directrices pour guider la planification et la gestion des services d'obstétrique en milieu rural. On y mentionnait également le caractère limité des données sur les conséquences de l'interruption des services d'obstétrique en milieu rural sur l'issue de la grossesse, les équipes de soins de santé, les centres de santé voisins et les collectivités (Thommasen *et al.*, 2000). Malgré ces lacunes dans nos connaissances, on décide malgré tout de fermer des services de maternité locaux pour satisfaire à des impératifs financiers ainsi qu'aux préférences et aux craintes des dispensateurs de soins. Selon le programme Reproductive Care Program de la Colombie-Britannique, treize hôpitaux qui desservaient essentiellement des populations rurales ont cessé d'offrir des services de maternité entre le 1er janvier 2000 et le 1er mai 2002, ce qui va tout à fait à l'encontre de l'énoncé politique national sur les soins maternels en milieu rural, selon lequel : « Dans la mesure du possible, la femme devrait pouvoir accoucher dans sa collectivité » (Thommasen *et al.*, 2001). Les dispensateurs de soins d'obstétrique et les décisionnaires ont reconnu que la question des ressources humaines était au coeur du problème lié à la viabilité des services de maternité en milieu rural (Klein *et al.*, 2001).

La modification des structures organisationnelles, les priorités et les procédures en matière de planification, les compressions budgétaires ainsi que l'évolution des rôles et des responsabilités des dispensateurs de soins et des décisionnaires dans le contexte de la régionalisation ont créé une situation complexe pour les femmes, leurs familles et celles et ceux qui les soutiennent durant la période périnatale. La vision de la prestation de soins plus près du domicile ne s'est pas matérialisée, dans le cas des services de maternité en milieu rural, l'accès est inégal et instable et est tributaire des changements apportés par les dispensateurs de soins et les autorités locales. Il est même possible que les personnes qui ont besoin de soins se trouvent aujourd'hui plus éloignées des lieux de prestation des soins, en raison des processus de centralisation et de regroupement amorcés dans le cadre de la rationalisation des services dans de nombreuses collectivités.

Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique s'est engagé à offrir des services de santé de qualité et facilement accessibles, mais il a précisé que ceci doit se faire à l'intérieur

de limites raisonnables établies en fonction de ce qui est jugé réaliste et abordable. Dans sa politique *A Picture of Health* (B. C. Ministry of Health Planning, 2002b: 3), le ministère a introduit la notion selon laquelle la centralisation favoriserait l'efficacité et la mise en commun des ressources, alléguant que « le regroupement des services de soins aigus à l'intérieur de centres régionaux favorise le maintien du personnel et améliore l'accès à des services de qualité et les effets chez les patients ». Cependant, alors que le rapport reconnaît que le regroupement des services peut avoir une incidence sur les dispensateurs de soins (dont certains pourraient devoir déménager), il ne fait nullement mention des répercussions pour les patients, y compris pour les femmes qui accouchent et leurs familles.

Tel que mentionné précédemment, les mandats qui ont été conférés aux autorités sanitaires et les mécanismes de responsabilisation qui ont été mis en place au fil des ans ont réduit l'importance accordée à l'obligation politique de rendre compte, ce qui a eu pour effet de réduire la participation des citoyens à la prise des décisions qui les concernent. Bien que le manque d'intérêt puisse être en cause, la réduction de la participation du public limite les possibilités pour les citoyens d'exprimer leurs préoccupations au sujet de l'orientation et de la nature des changements proposés pour leurs collectivités.

C'est dans ce contexte caractérisé par des changements continus, la diminution de l'offre de dispensateurs de soins et l'accent mis sur la performance et la responsabilité de gestion que les femmes et les dispensateurs de soins ont été invités à nous faire part de leurs expériences des soins maternels dispensés en milieu rural et de leurs répercussions sur leur vie personnelle et professionnelle.

5. MÉTHODOLOGIE

La médecine est reconnue depuis longtemps comme un art et une science, dont le succès repose sur l'intégration des perspectives et des connaissances de diverses disciplines et exige de bonnes aptitudes à communiquer et l'établissement de bonnes relations interpersonnelles. L'exercice de la médecine fait en effet appel à une combinaison complexe de connaissances issues des sciences naturelles, des sciences sociales et des sciences humaines. Par conséquent, les recherches et les protocoles utilisés dans le but de recueillir des données permettant d'étayer ou d'éclairer l'exercice de la médecine doivent être aussi diversifiés que les connaissances auxquelles ils font référence. Cette exigence pourrait s'appliquer tout particulièrement à l'étude des répercussions de l'érosion des services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, car ce phénomène est le résultat d'influences multiples, complexes et interdépendantes qui se sont manifestées au fil des ans et qui ont entraîné des conséquences physiologiques, psychologiques, sociales et spirituelles sur les femmes enceintes, leurs familles et leurs collectivités. Il faut également tenir compte des effets sur les dispensateurs de soins. Pour être efficace, une stratégie de recherche doit chercher à approfondir les données épidémiologiques existantes (voir le chapitre 3), tout en intégrant les dimensions sociales des soins. L'approche qualitative semble donc un moyen efficace d'atteindre cet objectif.

Dans un ouvrage récent, Flyvbjerg (2001) a défini trois types de connaissances, à savoir les connaissances techniques ou le savoir-faire (*techne*), les connaissances analytiques et scientifiques (*episteme*), ainsi que le jugement et les décisions basés sur le contexte et les valeurs (*phronesis*). Même si les décisions prises durant la grossesse, le travail et l'accouchement s'appuient en grande partie sur des connaissances scientifiques et techniques, elles font aussi appel à des jugements de valeur et sont fortement tributaires de la situation ou du contexte dans lesquels surviennent la grossesse et l'accouchement. La présente recherche visait à mieux comprendre les expériences en obstétrique vécues par les femmes des régions rurales, ainsi que le lien entre ces expériences et les décisions et mesures prises par les administrateurs et les dispensateurs de soins. Nous avons donc choisi d'utiliser des méthodes de recherche qualitatives, qui semblaient mieux convenir à l'étude de ce genre de questions (Pope et Mays, 1996; Flyvbjerg, 2001). Nous avons ainsi choisi un cadre méthodologique qualitatif axé sur la collectivité et basé sur l'utilisation de groupes de discussion et d'entrevues semi-structurées. Nous décrivons dans le présent chapitre les motifs ayant justifié le recours à des groupes de discussion et des entrevues semi-structurées et précisons les méthodes d'échantillonnage et de recherche que nous avons utilisées, en mentionnant notamment les critères retenus pour la sélection et le recrutement des collectivités, ainsi que des participantes et participants (femmes, dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs) et les cadres de collecte des données.

Recherche centrée sur la collectivité, groupes de discussion et entrevues semi-structurées

Nous avons choisi d'utiliser un cadre méthodologique qualitatif, centré sur la collectivité, pour étudier les effets de la réforme des soins de santé (y compris la réduction des dépenses publiques en santé, de l'hospitalisation et des soins dispensés en établissements) sur les

femmes enceintes des régions rurales de la Colombie-Britannique, en regard de leur expérience de la naissance. Les recherches axées sur la collectivité consistent en « des études scientifiques sur des sujets humains, qui sont menées dans la collectivité — c.-à-d. en dehors d'un laboratoire, d'un hôpital ou d'un cadre clinique » (Blumenthal et Yancey, 2004 : 3). Ce type de recherches s'appuie sur le principe voulant que le développement de liens authentiques avec les collectivités « améliore la pertinence et la validité des recherches sur la santé, en assurant l'inclusion des conditions sociales, culturelles et économiques de la collectivité » (Macaulay *et al.*, 1998). Les recherches centrées sur la collectivité définissent également les principes qui régiront les relations entre les chercheuses et chercheurs et les collectivités et elles demandent de ces chercheuses et chercheurs qu'ils établissent les partenariats nécessaires à la conduite de recherches dignes de confiance (Blumenthal et Yancey, 2004).

Les recherches qualitatives centrées sur la collectivité visent à acquérir une compréhension complexe et globale des points de vue des participants. Plutôt que de prétendre à l'objectivité, les chercheuses et chercheurs sont plus enclins à admettre que leurs recherches sont sensibles à leurs valeurs et intérêts scientifiques personnels. Ils sont conscients de ces valeurs et reconnaissent que la réalité est subjective. En recueillant les données dans le cadre naturel, ils réduisent l'écart qui les sépare des participantes et participants. De plus, le fait d'utiliser des questions indique que le participant est perçu comme un expert. L'interaction est basée sur la collaboration et elle se compare à un dialogue : les pouvoirs et le contrôle sont partagés (Sterk et Elifson, 2004 : 134).

Les groupes de discussion et les entrevues libres sont deux principaux modes de collecte de données qualitatives (Fontana et Frey, 2000; Kitzinger, 1996). Tous deux :

> reposent sur une série de questions ouvertes ou une liste de sujets à discuter. L'ordre de discussion des sujets n'a pas d'importance et les sujets ne sont pas nécessairement tous abordés avec chaque répondant. Bien que l'entrevue non structurée exige de l'intervieweur qu'il établisse un plan des sujets généraux qui seront abordés, c'est la conversation (c.-à-d., le processus de collecte des données) qui détermine la manière et l'ordre de recueillir les données (Sterk et Elifson, 2004 : 137).

Les entrevues non structurées permettent de recueillir un éventail de données qu'il serait impossible d'obtenir par des méthodes quantitatives ou des formes plus structurées d'entrevues qualitatives (Britten, 1996; Fontana et Frey, 2000). Les entrevues libres offrent également la possibilité de discuter avec des participantes et des participants qui ne seraient peut-être pas à l'aise (pour diverses raisons) ou incapables de prendre part à des groupes de discussion pour témoigner de leurs expériences aux fins de la recherche.

Quant aux groupes de discussion, ils permettent aux participantes et aux participants – grâce à la présence même du groupe – « d'explorer et de préciser leurs vues d'une manière qu'il serait plus difficile de réaliser durant des entrevues personnelles » (Kitzinger, 1996 : 37; voir aussi Krueger, 1994). Ces méthodes sont souvent utilisées pour étudier l'expérience des services de santé, notamment des services de maternité, et elles sont très utiles pour les

recherches visant à améliorer la prestation des services (Kitzinger, 1996). Elles convenaient donc tout particulièrement aux objectifs de notre recherche.

Les théories actuelles sur les méthodes qualitatives encouragent l'utilisation de méthodes multiples pour mieux capter la complexité des interactions des humains entre eux, ainsi qu'avec leur milieu environnant. (Fontana et Frey, 2000; Flyvbjerg, 2001). Auparavant, les recherches qualitatives étaient généralement basées sur la triangulation, c.-à-d. l'utilisation de méthodes diverses pour obtenir des résultats similaires (Richardson, 2000). En 1978, Denzin a décrit quatre types fondamentaux de triangulation, dont l'un consistait en la triangulation méthodologique, c.-à-d. l'utilisation de méthodes multiples pour l'étude d'un problème unique, dans le but d'accroître la fiabilité des conclusions. Les progrès théoriques récents incitent toutefois les chercheurs à opter plutôt pour le concept de la cristallisation (Janesick, 2000), lequel reconnaît que les questions évaluées dans le cadre de recherches qualitatives sont complexes et qu'elles évoluent constamment.

> Les cristaux ne sont pas amorphes : ils grossissent, changent et se modifient. Les cristaux sont des prismes qui reflètent le milieu extérieur *et* qui se réfractent, produisant ainsi des couleurs, des modèles et des ensembles différents projetés dans différentes directions. Ce que nous voyons dépend de notre angle au repos (Richardson 2000 : 934).

L'utilisation de méthodes multiples pour examiner la même question nous permet donc de brosser un tableau plus complet des expériences des soins de maternité vécues par les femmes en milieu rural.

Recherche courante : Approche et méthodes

Critères de sélection des lieux de l'étude

Notre recherche a été menée à North Island[7], Alert Bay, Sparwood et Haïda Gwaii, pour examiner les expériences des services de maternité vécues par les femmes des régions rurales de la Colombie-Britannique. Ces quatre villes ont été choisies, car elles répondaient aux critères suivants :

- collectivité dite à « forte émigration » (plus des deux tiers des femmes de la collectivité n'accouchent pas dans leur milieu), d'après les données couplées de la Colombie-Britannique, lesquelles incluent les données sur les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital;
- la taille de la collectivité, incluant ses limites géographiques, le bassin desservi par les services de santé et sa population;
- la distance la séparant d'un hôpital où se pratiquent des césariennes et d'un hôpital secondaire;
- les conditions habituelles des voies d'accès par voie terrestre et aérienne, durant l'hiver, et
- la diversité des sous-populations culturelles et ethniques formant la collectivité.

Durant notre séjour à chacun de ces quatre endroits, nous avons compilé des données qui nous aidé à établir le profil de chaque collectivité. Comme nous avions choisi une approche communautaire pour nos travaux sur le terrain, nous avons cherché à en apprendre le plus possible sur l'histoire, la géographie, les principales sources d'emplois et les établissements de santé de la collectivité, ainsi que sur les questions et les difficultés qui suscitent l'intérêt et font l'objet de débats, afin de mieux mettre en contexte les expériences vécues par les femmes de la collectivité (voir l'annexe B pour un profil des collectivités). Diverses ressources ont été consultées dans chaque collectivité, notamment les musées, les bibliothèques locales, les centres d'information touristique, les centres locaux de santé et les bureaux locaux des conseils de bande des Autochtones et des Premières Nations. Nous avons également réalisé des entrevues non dirigées avec des résidants de longue date. Enfin, avant notre arrivée dans chaque collectivité, nous avons établi des profils statistiques à partir des données de Statistique Canada, de B. C. Statistics et du *Reproductive Care Program* de la province, afin d'avoir une meilleure compréhension globale de la région (voir l'annexe D pour un résumé de ces profils).

Critères de sélection des participantes et participants à l'étude

Notre première stratégie de recrutement a consisté à recueillir les données primaires directement, au moyen d'entrevues et de groupes de discussion auprès des populations suivantes :

- les femmes ayant accouché, sans complications majeures, au cours des 18 à 24 derniers mois et dont le lieu de résidence principal durant cette période avait été une des quatre collectivités rurales choisies pour l'étude;
- les dispensateurs de soins de santé vivant dans l'une des villes choisies ou y dispensant des soins de maternité aux populations rurales;
- les dirigeants locaux habitant dans ces villes et participant à la prise de décisions touchant la prestation des services de maternité locaux et régionaux, et
- les administrateurs des hôpitaux et des centres de santé locaux participant à la gestion de la prestation des services de maternité locaux et à la prise de décisions concernant la prestation des services de maternité locaux et régionaux.

Nous avions décidé au départ d'exclure les femmes qui avaient éprouvé des complications majeures durant la grossesse, car de telles complications exigent une évacuation médicale de toute collectivité rurale. Comme ces femmes nécessitaient les soins d'un obstétricien ou d'un spécialiste – soins offerts uniquement dans les grands centres – notre idée première était d'exclure ces femmes de notre recherche. Cependant, dès que les travaux sur le terrain et la collecte de données ont commencé, nous avons rapidement réalisé qu'il était irréaliste d'exclure les femmes qui avaient éprouvé des complications majeures durant leur grossesse jusqu'à la naissance, et ce pour les trois raisons suivantes :

- Durant notre première série d'entrevues, nous avons constaté que les femmes qui avaient éprouvé des complications durant leur grossesse étaient endémiques aux lieux de l'étude. En effet, l'expérience des femmes enceintes vivant en milieu rural ou dans une petite ville semble dépendre en partie des divers risques qui ont été mis en lumière par les

récits des participantes et participants. Donc, l'exclusion de ces cas risquait d'éliminer les expériences réelles de la grossesse et de l'accouchement vécues par les femmes en milieu rural.

- En interviewant les femmes sur le récit de leur grossesse, notre équipe de recherche est devenue en quelque sorte un exutoire à qui les femmes pouvaient se confier et raconter leurs expériences. Compte tenu du petit nombre de professionnels qui vivent et travaillent en régions rurales, et des difficultés qu'éprouvent souvent les femmes à préserver l'anonymat et la confidentialité lorsqu'elles consultent des professionnels, un grand nombre d'entre elles ont vivement apprécié cette occasion qui leur était donnée de faire part de leurs expériences de la naissance. Or les femmes qui avaient connu des complications durant la grossesse et lors de l'accouchement ont particulièrement apprécié ce volet de notre recherche. Bien qu'il s'agissait d'un résultat inattendu de notre stratégie de recrutement, nous avons donc rapidement réalisé que d'offrir à toutes les femmes qui venaient d'accoucher la chance de relater leur expérience – que celle-ci ait été exempte ou remplie de complications – serait à la fois bénéfique pour notre recherche et thérapeutique pour les participantes et participants interviewés.

- Le recrutement initial des femmes s'est fait en majeure partie par l'intermédiaire d'un tiers (la section qui suit explique plus en détail ce processus). Les femmes, dont la grossesse et l'accouchement avaient présenté de plus grands risques, ont souvent été recrutées pour témoigner des difficultés des femmes qui doivent accoucher ailleurs ou qui n'ont d'autre choix que de le faire.

Recrutement des femmes

Nous avons utilisé deux approches pour recruter les participantes[8] à notre étude : à savoir le recrutement par un tiers, par l'entremise des dispensateurs locaux de soins maternels, et la technique basée sur l'effet boule de neige[9]. La technique choisie dans chaque collectivité a été dictée par les conditions propres à chacune.

Recrutement par l'intermédiaire des dispensateurs locaux de soins

Des lettres officielles décrivant les objectifs de notre recherche ont été envoyées aux médecins des régions visées, avec une affiche indiquant les dates de notre venue pour les entrevues. L'affiche indiquait le numéro d'une personne-ressource que les participantes et participants potentiels pouvaient contacter pour obtenir plus de renseignements; il y était également indiqué qu'une indemnité de 35 $ serait versée pour aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles (voir l'annexe E). Les médecins étaient priés de placer l'affiche dans un endroit bien en vue de la salle d'attente ou de leur bureau, où les femmes répondant à nos critères d'inclusion pourraient la voir. Nous avons envoyé la lettre et l'affiche aux médecins trois semaines avant notre arrivée, pour laisser suffisamment de temps aux médecins et aux femmes intéressés à participer. De plus, l'envoi de ces lettres a été précédé ou suivi d'un appel téléphonique ayant pour but de répondre aux questions que les dispensateurs de soins pourraient avoir concernant notre recherche.

Nous avons également contacté d'autres dispensateurs de soins qui avaient des liens avec les femmes répondant à nos critères d'inclusion, par exemple des infirmières et infirmiers de

santé publique, des doulas, des représentantes du mouvement La Leche, les dirigeants du programme Bon départ, des monitrices de soins prénatals, des travailleuses et travailleurs de santé communautaire, ainsi que les animatrices des groupes mères-enfants. Nous avons envoyé à ces autres dispensateurs locaux les mêmes lettre et affiche qui avaient été envoyées aux médecins, mais un appel téléphonique a été fait après l'envoi pour aider à favoriser le processus de recrutement. Ces dispensateurs de soins nous ont été très précieux, car leurs connaissances des femmes de la région qui venaient d'accoucher, ainsi que de la manière dont la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum de chacune s'étaient déroulés, ont été extrêmement utiles au processus de recrutement des femmes. Ces personnes avaient également plus de temps à consacrer au recrutement que les médecins, et leur contribution a souvent dépassé nos attentes, ces personnes se chargeant de fixer les heures et les lieux d'entrevue avec les femmes intéressées à participer, proposant d'utiliser leurs bureaux pour la conduite des entrevues et brossant un portrait social de la situation des soins de maternité dispensés dans la région.

Effet boule de neige

Comme les quatre lieux d'étude étaient de petites collectivités, les premières participantes qui ont été recrutées par les dispensateurs de soins ou les affiches entretenaient souvent des liens très étroits avec d'autres femmes de la région qui, comme elles, avaient accouché récemment. Grâce à ces liens, nous avons pu rejoindre un large éventail d'autres participantes.

Il n'a donc pas été difficile d'atteindre le nombre visé de participantes dans chaque collectivité.

Recrutement des dispensateurs de soins, des administrateurs et des dirigeants locaux

Durant le recrutement des femmes pour participer à notre étude, nous avons également contacté les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs, par lettre et par téléphone, pour savoir s'ils étaient disposés à nous aider pour le recrutement. Au cours de la conversation téléphonique, nous leur avons également demandé si ils et elles seraient disposés à participer à notre recherche. (L'annexe F présente une liste des fonctions occupées par les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs que nous avons recrutés.) Là encore, comme les villes choisies comptaient peu d'habitants, nous avons été en mesure de contacter, à chaque endroit, tous les dispensateurs de soins, administrateurs et dirigeants locaux concernés par les soins de maternité.

Collecte de données : Démarche et justification

Au moins deux chercheurs se sont rendus dans chacun des quatre lieux de l'étude pour mener les entrevues de groupe et individuelles, et l'équipe complète (quatre chercheurs) s'est rendue à un endroit. L'affectation de deux chercheurs pour la conduite des entrevues de groupe a permis non seulement d'assurer la rigueur des entrevues, mais a aussi facilité le rôle de l'animatrice chargée de la dynamique du groupe. Cette animatrice avait notamment pour fonctions de veiller, durant les entrevues de groupe, à ce qu'aucune personne, ni petit groupe, ne cherche à dominer l'ensemble du groupe, d'encourager les répondants réticents à participer et aussi d'obtenir des réponses de tout le groupe afin d'assurer un examen maximal de la question. Elle devait « faire contrepoids au rôle directif de l'intervieweur et assurer la gestion de la dynamique du groupe interviewé; l'intervieweur devait respecter le libellé des questions

tout en étant sensible à l'évolution des interactions au sein du groupe » (Fontana et Frey, 2000: 652). La présence d'une secrétaire a aidé l'animatrice à se concentrer sur ses tâches, cette dernière s'est chargée de prendre des notes sur le langage corporel et les expressions faciales du groupe, de s'occuper de l'équipement d'enregistrement par magnétophone et de prendre des notes sur les discussions du groupe, lesquelles notes se sont révélées fort utiles lorsque la qualité de l'enregistrement sonore laissait à désirer.

Une approche dyadique a été utilisée lorsque les deux chercheurs principaux étaient présents aux entrevues, chacun posant les questions prévues puis des questions d'approfondissement. Cette approche s'est révélée hautement efficace et a permis la collecte d'une abondance de données, grâce à la complémentarité des champs de compétences des deux chercheurs principaux (l'un étant issu du domaine de la médecine clinique et l'autre de la sociologie) qui a favorisé l'examen des questions sous des perspectives différentes, grâce aussi à l'harmonie entre les méthodes de communication adoptées par chacun ainsi qu'à la démarche globale de l'étude qui était empreinte d'une philosophie hétérarchique axée sur la collaboration et fondée sur le respect et l'engagement face à la recherche.

Comme les quatre lieux de l'étude étaient situés en régions éloignées isolées, l'équipe de recherche a dû, pour s'y rendre, parcourir de grandes distances sur des routes isolées. Le fait d'avoir deux personnes voyageant ensemble, non seulement évite que les personnes se retrouvent seules, mais assure également une sécurité advenant un problème. De plus, la conduite d'études dans des régions rurales et éloignées exige des chercheurs qu'ils passent du temps loin de la maison pour recueillir les données nécessaires et, bien que cet exercice soit extrêmement enrichissant, il est aussi habituellement très exigeant. L'affectation de deux personnes a permis de répartir la charge de travail et de réduire les risques d'épuisement.

Étude de l'expérience des soins de maternité des femmes

Nous avons réalisé des entrevues de groupe et des entrevues individuelles, pour recueillir les expériences des soins de maternité vécues par les femmes. Les entrevues ont été réalisées durant la période post-partum, une fois les soins terminés, de manière à permettre aux participantes de prendre un certain recul par rapport à l'expérience vécue. Chaque participante a eu à signer un formulaire de consentement ou à donner son consentement verbal après qu'on lui eut expliqué verbalement le but de la recherche si elle avait de la difficulté à lire le formulaire (le consentement verbal a été enregistré sur cassette audio). Toutes les participantes ont reçu une indemnité de 35 $ devant aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles[10]

Les entrevues de groupe, qui se sont déroulées en présence de neuf à quatorze participantes, ont duré en moyenne deux heures, et les entrevues individuelles ont duré de trente à quatre-vingt-dix minutes, selon les précisions fournies par chaque participante. Toutes les entrevues (de groupe et individuelles) ont été enregistrées sur magnétophone afin d'être retranscrites (voir le tableau 1 : Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles). Dans chacun des quatre lieux d'étude, le nombre de femmes interviewées a été plus que suffisant. En effet, même si le nombre de participantes peut sembler peu élevé à première,

notre liste d'entrevues incluait toutes les femmes répondant au critère d'avoir accouché au cours des 18 à 24 mois précédents.

Tableau 1 : Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles, par lieu d'étude

Participantes / Lieu de l'étude	Sparwood	Haïda Gwaii	Alert Bay	North Island	Total
Femmes	De groupe : 8 Individuelles : 5	De groupe : 3 Individuelles : 9	De groupe : 14 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 6	45
Dispensateurs de soins	De groupe : 0 Individuelles : 5	De groupe : 3 Individuelles : 8	De groupe : 2 Individuelles : 4	De groupe : 0 Individuelles : 5	27
Dirigeants locaux	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 1	5
Administrateurs	De groupe : 0 Individuelles : 1	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 0	3
TOTAL	21	19	20	12	

Avantages et lacunes des méthodes utilisées pour étudier les expériences vécues par les femmes

Chaque méthode de collecte de données comporte des avantages et des lacunes. L'entrevue de groupe consiste à interviewer simultanément plusieurs personnes, en mettant l'accent, non pas sur les réponses individuelles, mais sur les interactions entre les participantes et participants » (Krueger, 1994 : 139). Comme l'entrevue de groupe mise sur la synergie que crée l'effet de groupe, cette approche a été bénéfique pour les femmes, grâce à l'appui mutuel apporté par chacune dans l'examen des principales questions liées à la prestation de soins maternels en milieu rural. Les femmes ont apprécié ces séances en groupe, car cette expérience a souvent pris également un caractère social et qu'elle fut l'occasion pour les participantes d'exposer les difficultés particulières qu'elles avaient vécu dans la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum. Les données recueillies durant ces séances nous ont aidé à mieux comprendre, à un macro-niveau, les expériences vécues par les femmes et leurs familles.

Cependant, la conduite d'entrevues de groupe a aussi soulevé les deux problèmes majeurs suivants. Premièrement, lorsqu'on fait des recherches sur les soins de maternité, il faut s'attendre à ce que les femmes amènent avec elles leur bébé et leurs enfants, même lorsqu'une indemnité leur est offerte pour les frais de gardienne, comme ce fut le cas pour la présente étude. Or le bruit créé par la présence des bébés et des jeunes enfants a souvent nui à la qualité des enregistrements sonores et a rendu difficile l'animation des discussions. Outre les problèmes sonores, les participantes devaient parfois détourner leur attention de la discussion pour s'occuper de leurs enfants. Dans la mesure du possible, un membre de notre équipe de recherche a proposé qu'une personne s'occupe des enfants, afin que le mère puisse se concentrer sur l'entrevue; dans la plupart des cas, toutefois, les participantes ont refusé l'offre, étant mal à l'aise de confier leur ou leurs enfants à une étrangère. Deuxièmement, la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum sont vécus différemment par chaque femme. Aussi, malgré la richesse des macrodonnées sur la manière dont les femmes ont accès aux services de maternité, il a souvent été difficile de faire abstraction des détails très précis des expériences vécues par les participantes. La situation socio-économique et l'état matrimonial des participantes, le nombre d'années passées dans

la ville, leurs connaissances des réseaux de soutien disponibles dans leur localité, le nombre d'enfants sous leur responsabilité et leur philosophie personnelle de la naissance sont autant de facteurs qui ont influencé leur perception de la naissance et de l'accès aux services de maternité.

Les entrevues individuelles ont permis à l'équipe de recherche d'obtenir plus des précisions sur les expériences personnelles, précisions qui nous ont ensuite permis de définir d'autres questions d'approfondissement pour connaître leurs opinions sur la prestation actuelle, et aussi dans certains cas, sur la prestation antérieure récente des services de maternité en milieu rural. Une abondance de données ont aussi été recueillies durant ces entrevues individuelles. Bien que toutes les participantes aient semblé apprécier cette occasion qui leur était offerte de raconter leur histoire, l'absence de contact social que procure l'entrevue de groupe est une lacune de ce type d'entrevues. Enfin, pour l'équipe de recherche, les entrevues individuelles exigent également plus de temps et de main-d'oeuvre que les entrevues de groupe.

Le recours à des entrevues non structurées, en groupe et individuellement, nous a permis d'utiliser des questions précises pour amener les femmes à nous parler de leurs expériences des soins de maternité en milieu rural, cette méthode encourageant les femmes à décrire leurs propres expériences. Chaque participante pouvait ainsi décider des renseignements qu'elle voulait communiquer et de ceux qu'elle préférait taire, en se basant sur ses critères personnels plutôt que sur des catégories théoriques de classification. Les guides ou questions d'approfondissement ont été utilisées pour favoriser les discussions entre participantes (voir l'annexe G). Ces questions ont été établies à partir de la documentation existante sur les expériences des soins de santé en général vécues par les femmes dans les régions rurales, de la documentation sur les expériences des femmes du Nord forcées d'accoucher ailleurs, de la compréhension personnelle de ces enjeux qu'avait un des chercheurs principaux en raison de son expérience en qualité de médecin dispensant des services d'obstétrique en milieu rural, ainsi que de l'interprétation qui avait été faite par le deuxième chercheur principal des ouvrages traitant des questions psychosociales intervenant durant la grossesse. Ces questions étaient réparties entre les cinq catégories générales suivantes : l'accès aux services de maternité, l'expérience de l'accès, le niveau de satisfaction à l'égard des soins locaux de maternité, la prise de décisions et les coûts économiques et sociaux associés aux déplacements nécessaires pour obtenir des soins.

Recherche auprès des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs

Nous avons également opté pour des entrevues semi-structurées pour recueillir les points de vue des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs. Cette démarche consiste à poser une série de questions ouvertes, souvent dans un ordre précis (Krueger, 1994 : 137). Durant la conduite d'une entrevue semi-structurée, il est présumé que

> les participants sont bien renseignés, ont un point de vue significatif à présenter et sont en mesure de l'expliquer clairement dans leurs propres mots. L'interaction entre l'intervieweur et le répondant prend ici un sens tout particulier... l'intervieweur est appelé à jouer un rôle actif et il est essentiel qu'un lien s'établisse avec la personne interviewée (Krueger 1994 : 137).

À l'intérieur de cette approche semi-structurée, les mêmes questions ont été posées dans le même ordre, à tous les dispensateurs de soins et dirigeants locaux, ce qui a facilité le codage des données et permis de recueillir les vues de tous les participants sur les mêmes sujets. Le format ouvert des questions a en outre donné aux participantes et participants la liberté nécessaire pour faire part de leurs opinions et expériences personnelles. Par la mise en commun de leurs vues et expériences, il nous a été possible d'obtenir une compréhension plus globale des aspects émotionnels et politiques liés à la prestation de soins de maternité en milieu rural, ainsi que du rôle particulier qui incombe au dispensateur.

Les entrevues semi-structurées ont duré de 20 à 90 minutes, selon le temps que chaque participant était disposé à consacrer à l'entrevue, son degré de participation et ses connaissances de la situation particulière des soins de maternité en milieu local. (voir le tableau 1). Chaque participant devait signer un formulaire de consentement avant l'entrevue. L'équipe de recherche avait l'intention d'enregistrer toutes les entrevues sur magnétoscope pour ensuite les transcrire, mais certains participants ont refusé, invoquant des raisons variées allant d'une réticence à se faire enregistrer à cause de leur voix ou à cause du caractère émotionnel et politique du sujet. Dans ces cas, une secrétaire a pris des notes écrites détaillées, pendant que l'animatrice menait l'entrevue.

L'objectif de l'équipe de recherche était d'établir une liste complète des dispensateurs de soins maternels, des dirigeants locaux et des administrateurs dans chaque collectivité et de réaliser une entrevue avec chacun, afin que toutes les personnes intervenant dans la prestation des soins, ou prenant part aux décisions concernant ces soins, soient incluses dans notre étude. (L'annexe F présente une liste des rôles des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs que nous avons recrutés.) La conduite d'entrevues auprès de tous ces dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs a favorisé l'établissement d'une riche base de données grâce à laquelle nous avons été en mesure de mieux préciser le cadre de prestation des soins de maternité dans chaque collectivité étudiée.

Nous avons commencé nos travaux sur le terrain en établissant une distinction entre les dispensateurs de soins et les dirigeants locaux, distinction reconnue par l'établissement de questions distinctes à l'intérieur du cadre des entrevues semi-structurées. Cependant, lorsque nous avons commencé nos entrevues avec les dispensateurs de soins et les dirigeants locaux, nous avons vite pris conscience qu'une seule et même personne cumule souvent les fonctions de dispensateur et de dirigeant. Donc, même si les dispensateurs de soins sont classés, aux fins du présent rapport, comme n'assumant que cette fonction, bon nombre cumulent également la responsabilité de dirigeant dans leur collectivité respective. C'est ce qui explique que, dans le contexte de cette étude, nous indiquons avoir interviewé au total cinq dirigeants locaux et 27 dispensateurs de soins (voir le tableau 1).

Lors de la réalisation d'une étude dans une petite collectivité, il est impératif de trouver un équilibre entre, d'une part, l'utilisation d'une approche rigoureuse et bien définie en matière de collecte des données et, d'autre part, la souplesse requise pour s'adapter aux particularités locales, aux habitants et aux imprévus. Notre souplesse témoigne de notre engagement envers la recherche communautaire. Une des difficultés dont nous avons rapidement pris conscience est que tous les dispensateurs de soins et dirigeants locaux concernés par la prestation de soins

maternels dans une petite ville sont extrêmement occupés. En effet, comme la prestation de soins de maternité est une responsabilité qui exige une disponibilité, sur demande ainsi qu'en dehors des heures normales,consacrer de 20 à 90 minutes à notre recherche est devenu, pour certains, une demande difficile et impossible à satisfaire. La plupart des dispensateurs de soins et des dirigeants locaux ont néanmoins consenti volontiers de participer à notre recherche et nous ont fait part de leurs points de vue en détail, s'assurant que nous comprenions bien les enjeux et le climat politique local dans lequel s'inscrit la prestation des soins de maternité. Nous avons également pris certaines dispositions pour faciliter la participation des personnes qui s'inquiétaient du temps exigé par l'entrevue, en leur permettant par exemple de faire une entrevue de groupe ou par téléphone. Nous avons aussi profité de la pause-repas pour mener plusieurs entrevues. Nous croyons que les avantages découlant de la compilation des opinions des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs l'emportent sur toutes lacunes qui pourraient être causées par un manque d'uniformité entre les entrevues.

Le climat politique actuel, en ce qui a trait à la prestation des services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, s'est reflété dans les données que nous avons recueillies ainsi que sur le taux de participation de certains dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs. La Colombie-Britannique a amorcé il y a deux ans un processus de régionalisation, qui a bouleversé le mode de prestation de tous les services de santé dans les milieux ruraux et les petites villes de la province. À titre d'exemple, au moment où ce projet de recherche avait été conçu, les quatre lieux de notre étude disposaient d'installations de naissance, même si on y enregistrait un taux élevé d'émigration. Cependant, entre la présentation de notre projet de recherche (décembre 2002) et la conduite des recherches sur le terrain (avril à septembre 2003), toutes les installations de naissance avaient été fermées dans trois de ces quatre endroits. À deux endroits, soit Alert Bay et North Island, la fermeture des installations locales a aussi été influencée par une décision très médiatisée du gouvernement provincial d'imposer un moratoire temporaire sur la prestation des services de maternité (toutes les femmes étant forcées d'aller à l'extérieur de la région pour accoucher). Cette décision diffère de la nécessité de retirer des services dans le cadre d'une stratégie de régionalisation.

Un guide d'entrevues semi-structurées a été conçu pour les entrevues avec les dispensateurs de soins et les administrateurs (voir annexe H) et un autre avec les dirigeants locaux (voir annexe I). Le texte de l'entrevue pour les dispensateurs de soins et les administrateurs a été établi en fonction des sept catégories théoriques suivantes :

- rôle du dispensateur (éducation et formation, rôle actuel en qualité de dispensateur dans le lieu de l'étude);
- expérience (antécédents);
- modifications dans la prestation locale des soins de maternité;
- ressources et soutien disponibles à l'échelle locale, régionale et provinciale, dans le domaine des soins de maternité;
- sécurité et risques associés à la prestation de services locaux de maternité;
- perceptions quant aux répercussions, pour les femmes et leurs familles, de la prestation des services de maternité en dehors de leur collectivité;

- modèle idéal de services de maternité pour les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique.

Dans le cas des dirigeants locaux, le texte de l'entrevue comportait les trois principaux volets suivants :

- modifications dans la prestation locale des services de maternité;
- perceptions quant aux répercussions de ces changements sur les femmes qui accouchent et leurs familles, et
- modèle idéal de la prestation des services locaux de maternité.

Collecte de données : Femmes

Nous avons réalisé trois entrevues de groupe (groupes de discussion), chacune se déroulant dans un lieu polyvalent à l'intérieur d'un bureau de santé publique, d'un centre récréatif ou du centre familial du programme Bon départ. Ces endroits ont offert un lieu de rencontre idéal pour les femmes et leurs enfants, car on y trouvait des fauteuils propices à la conduite d'entrevues, directement adjacents à des aires de jeu sécuritaires pour les bébés et les jeunes enfants. L'utilisation de ces endroits a facilité notre recherche, parce que les femmes n'ont pas eu à trouver une gardienne pour leurs jeunes enfants et nourrissons et qu'elles connaissaient bien le milieu dans lequel serait menée l'entrevue. Donc, malgré les difficultés mentionnées précédemment concernant la qualité de l'enregistrement sonore et la tâche de l'animatrice, les aires de jeu sécuritaires pour les enfants ont permis aux participantes de se concentrer sur l'entrevue, car elles n'étaient pas inquiètes de savoir où étaient leurs enfants et ce qu'ils faisaient. Ces lieux disposaient également de petites cuisines, ce qui a facilité la préparation de goûters nutritifs et de boissons convenant aux participantes et à leurs enfants.

Même si l'équipe de recherche reconnaît que ces locaux ont facilité la participation des femmes, leur caractère polyvalent n'était pas pour autant idéal pour la conduite d'entrevues. En effet, l'aire de jeu pour les enfants a rendu les lieux très bruyants, et ceci a parfois nui à la qualité sonore de nos enregistrements. De même, l'acoustique des lieux faisait en sorte qu'il était parfois difficile d'entendre les participantes, en particulier lorsque les participantes était nombreuses. Il y avait enfin peu d'endroits où pouvaient être installés des enregistreurs sonores pour saisir les opinions et les récits des participantes.

Les entrevues individuelles se sont déroulées dans des lieux choisis par les participantes, incluant le domicile des participantes, la bibliothèque locale, un café, un restaurant local, les bureaux de l'infirmière de santé publique, les centres de santé, les centres pour femmes, des maisons de transition pour femmes, les centres familiaux du programme Bon départ, des centres de rencontre autochtones et des maisons de la famille. Les participantes ayant elles-mêmes choisi un lieu où elles étaient à l'aise pour mener l'entrevue, le caractère public de bon nombre de ces lieux ne les a pas dérangées. Par ailleurs, notre équipe de recherche était bien au fait du caractère délicat de mener des entrevues confidentielles dans un lieu public, en particulier dans une collectivité rurale, et tout a été fait pour que le lieu choisi par la femme lui permette d'être à l'aise pour raconter son expérience ouvertement. Enfin, comme au moins deux membres de notre équipe de recherche ont participé aux travaux sur le

terrain, la sécurité n'a pas été un problème pour la conduite des entrevues au domicile des participantes.

Collecte de données : Dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs

Trois entrevues de groupe ont été réalisées avec les dispensateurs de soins (voir le tableau 1). Ces entrevues se sont déroulées dans un restaurant, conformément à la décision des participants. Cependant, compte tenu du caractère délicat de nos questions d'entrevue, de nombreux efforts ont été faits pour s'assurer que les participants étaient à l'aise de raconter leurs expériences dans un lieu public. La conduite des entrevues dans un restaurant nous a également permis d'offrir un repas aux participants, en guise de remerciement pour leur participation, et aussi de pouvoir compter sur la présence de dispensateurs qui, autrement, auraient été forcés de refuser de participer en raison de leur horaire très chargé. Enfin, bien que les entrevues se soient déroulées dans un lieu public, les clients étaient peu nombreux dans le restaurant et les participants n'ont pas semblé mal à l'aise d'exprimer leurs vues en public.

Le reste des entrevues avec les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs ont été des entrevues individuelles réalisées au domicile des répondants, dans un bureau, ou un café ou un restaurant, selon le choix du répondant. Là encore, comme notre équipe était composée d'au moins deux membres, la sécurité ne fut pas un problème. Les lieux publics choisis par les participants se sont avérés en fait privés, car il n'y avait pas d'autres clients au moment de l'entrevue. Pour la plupart de ces entrevues, il a été possible d'obtenir un enregistrement sonore de bonne qualité.

Analyse des données : Exposé des faits et cohérence

L'analyse et l'interprétation des données recueillies durant les entrevues individuelles et de groupe ont été faites en partant du principe que les réponses représentaient une narration ou un récit. Cette prémisse s'appuie sur l'hypothèse voulant que raconter une histoire est un important moyen pour une personne de construire et d'exprimer une opinion (Mishler, 1986 : 66). Selon Rayfield (1972), un anthropologue, les récits sont inhérents au fonctionnement de l'esprit humain et il va même jusqu'à décrire le récit comme une « unité psychologique naturelle ». Les théories de la cohérence[11] ont aussi été utilisées pour guider l'analyse détaillée. Enfin, un logiciel d'analyse des données qualitatives, QSR NU*DIST, a été utilisé pour faciliter l'analyse des données, et plus particulièrement pour le codage (attribution de mots-clés ou d'étiquettes à des segments de texte pour permettre l'extraction et le stockage des données, établir des liens entre les données et inclure des commentaires écrits sur le processus de collecte et d'analyse)[12].

Sommaire

La méthode exploratoire et qualitative qui a été utilisée pour cette recherche a donné des résultats à la fois descriptifs et pertinents sur le plan contextuel, ayant pour but de « maximiser la découverture et la description ». À partir de la description riche et détaillée des récits des femmes, des dispensateurs de soins et des administrateurs, il nous a été possible de dégager des thèmes communs, sans perdre les nuances uniques à chaque

participant et participante, dans chaque collectivité. Les descriptions utilisées par les participants durant les entrevues ont été fort révélatrices, et les récits ont souvent donné lieu à ce que Morse (1992) a désigné comme une « reconstitution émotionnelle » des événements. Tous ces processus ont été particulièrement bénéfiques à la réalisation de notre objectif, qui était de saisir l'expérience des soins de maternité en milieu rural.

6. EXPÉRIENCES DES SOINS D'OBSTÉTRIQUE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS

Les médecins, infirmières, dispensateurs de soins informels, administrateurs et dirigeants locaux avec lesquels nous nous sommes entretenus ont brossé un portrait des soins de maternité offerts dans leur collectivité respective, en commençant par définir le contexte dans lequel se fait la prestation de ces soins en milieu rural. Un des éléments soulevés est la difficulté qu'ont les praticiens à maintenir leurs compétences et leurs aptitudes,en raison du faible volume d'accouchements qui sont pratiqués dans la plupart des petites collectivités, et cette difficulté se répercute sur la viabilité des services. Cependant, malgré ces difficultés, les participants ont reconnu qu'il continuera d'y avoir des naissances tant que des familles continueront de vivre dans les collectivités rurales. Ils ont aussi exprimé leurs vues sur la sécurité des soins de maternité en l'absence de services pratiquant des césariennes et ont précisé dans quelle mesure cette lacune, et d'autres facteurs, influençaient la viabilité des services de maternité locaux. Un grand nombre de participants ont également défini clairement les mesures requises pour maintenir les services locaux de maternité et, même si les critères précis variaient d'un praticien à un autre, tous s'entendaient sur l'importance d'un processus décisionnel concerté dans le domaine des services communautaires de maternité. Ils ont également souligné la difficulté de dispenser des soins dans des collectivités privées d'un accès immédiat à des établissements pratiquant des césariennes, mais étaient cependant conscients de la nécessité de bien soupeser l'ensemble des avantages et des risques associés au fait de quitter la collectivité ou d'y rester Enfin, bon nombre ont exprimé leurs vues sur ce qu'ils jugeaient nécessaire pour améliorer le cadre de prestation des soins de maternité dans les petites collectivités rurales.

Le contexte de l'exercice en milieu rural

Par leurs récits, les dispensateurs de soins ont brossé un tableau complet des réalités de leur pratique en milieu rural, qu'ils offraient ou non des services de maternité. Ils ont soulevé divers problèmes, notamment la nécessité pour ces praticiens de maintenir leurs compétences en obstétrique – qu'ils offrent ou non de tels services en temps ordinaire, étant donné la possibilité toujours présente d'avoir à pratiquer un accouchement d'urgence. Les praticiens qui offraient des services d'obstétrique ont par ailleurs souligné les répercussions du faible volume d'accouchements. Les administrateurs, pour leur part, ont souligné la difficulté de recruter des praticiens et de les maintenir en poste, en rappelant toutefois qu'il continuera d'y avoir des naissances tant qu'il y aura des femmes enceintes vivant en milieu rural.

Le maintien et le perfectionnement des compétences, malgré le faible volume

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le taux de natalité est en baisse dans bon nombre de collectivités rurales de la Colombie-Britannique, et le fait que bon nombre de femmes de ces petites localités vont accoucher ailleurs, dans des centres plus spécialisés, ne fait qu'exacerber le problème causé par le faible volume d'accouchements pratiqués localement. Or ce faible volume a d'importantes répercussions sur les dispensateurs de soins qui doivent maintenir leurs compétences, leurs habiletés et leur niveau de confiance par la

pratique. Il se répercute également sur la formation des nouveaux professionnels — autant médecins, infirmières et infirmiers et autres — dans la prestation de soins d'obstétrique en milieu rural. Cette difficulté d'assurer le maintien des compétences en raison du faible volume est une source de tension pour bon nombre de dispensateurs de soins avec lesquels nous nous sommes entretenus, qui a lourdement influencé la décision de certains de cesser d'offrir des soins d'obstétrique. Voici les propos recueillis d'une infirmière :

> *Il en va de même pour toute infirmière ou tout infirmier qui travaille en milieu rural depuis un certain temps : il est difficile de maintenir ses compétences, car nous ne traitons pas ces cas de façon continue; nous devons néanmoins être capable de le faire. Au moins, ici, nous n'avons pas à nous préoccuper des soins de maternité, alors qu'à [ville voisine], les infirmières doivent pouvoir dispenser des soins de maternité, traiter des traumatismes et des urgences et elles ont même eu à s'occuper d'un patient qui a subi un infarctus du myocarde, sans parler des patients gériatriques qui peuvent avoir besoin de soins aigus... Oui, on peut dire que cela ajoute vraiment au stress* (ville 1- 002 : 306 -- 319).

Certains dispensateurs de soins, pour la plupart des médecins, peuvent se libérer pendant quelque temps de leur travail dans leur collectivité pour aller travailler dans des centres de maternité à volume élevé, afin de compenser pour le nombre peu élevé de cas de maternité traités localement. En général, toutefois, cette option n'est pas offerte aux infirmières et infirmiers qui ne disposent pas des ressources financières ou professionnelles nécessaires pour quitter la collectivité sur une base régulière afin d'aller suivre une formation.

Le faible volume a aussi une incidence sur les autres dispensateurs de soins, et plus particulièrement sur les sages-femmes, qui doivent respecter des normes minimales pour conserver leur droit d'exercice (assister à un nombre de 10 à 20 naissances par année, selon leur nombre d'années d'accréditation en qualité de sage-femme)[13] (*College of Midwives of British Columbia*, 2003). Cette situation rend difficile la collaboration entre professionnels dans les collectivités où le nombre d'habitants est insuffisant pour justifier la présence de plus d'un praticien.

> *Le problème vient du nombre peu élevé de naissances sur l'île. Même si toutes les naissances avaient lieu dans les hôpitaux, cela ne représenterait qu'environ 60 naissances par année. ... Or certaines d'entre elles sont des grossesses à risque ou requièrent des césariennes – des cas qui ne peuvent donc pas être traités sur l'île. Donc, nous parlons au total d'environ 60 à 70 naissances au total – dont certaines seraient évacuées par Medivac. Même s'il y avait 100 naissances sur l'île chaque année, il y a ici environ six médecins, car il y a trois équivalents temps plein dans la collectivité A et trois autres dans la collectivité B. Donc, même cent naissances représentent un faible volume lorsqu'elles sont réparties entre six praticiens. Le College of Midwifery exige — du moins exigeait au départ — qu'une sage-femme soit l'intervenante principale – c. -à-d. la personne qui reçoit le bébé – dans au moins 20 accouchements par année pour conserver son droit d'exercer... Je*

> *crois que cette exigence a été abaissée depuis et peut-être qu'un compromis pourrait être fait* (ville 2- 023 : 352 -- 374).

Comme nous le verrons ultérieurement, les femmes des collectivités rurales ont clairement exprimé le désir de pouvoir choisir leur dispensateur de soins, y compris de faire appel à une sage-femme. Dans bon nombre de collectivités, des dispensateurs de soins non officiels (p. ex. des doulas et des membres de la ligue La Leche), ainsi que des membres de la collectivité et des dispensateurs officiels de soins (notamment des infirmières en obstétrique et des coordonnatrices du programme Bon départ), ont manifesté un intérêt pour la profession de sage-femme. Pour la plupart, toutefois, quitter son milieu pendant quatre ans pour aller suivre la formation requise[14] – à la condition bien sûr que leur candidature soit retenue car ce programme est très contingenté – représente un obstacle insurmontable qui, ajouté au faible volume de soins dispensés dans la collectivité, fait en sorte que cette option perd tout attrait. Une participante a décrit en ces termes la frustration qu'elle ressentait de ne pouvoir suivre une formation de sage-femme, malgré son engagement envers la collectivité et la profession.

> *Oh, j'y ai songé, mais il aurait fallu que ma famille déménage pendant une longue période. Jusqu'à tout récemment, tout le monde me disait qu'il était tout simplement impossible d'exercer ce métier ici, et je ne voulais pas partir. Alors, pourquoi aurais-je déménagé ma famille pendant la période requise pour obtenir mon accréditation, s'il était impossible pour moi de revenir ici par la suite car le volume est insuffisant et qu'une sage-femme n'est pas censée exercer sans partenaire – il n'y a certainement pas assez de travail ici pour deux sages-femmes. Il aurait fallu que chacune d'entre nous exerce à temps « partiel »; il nous aurait donc fallu exercer en plus un autre métier, ce qui est très difficile dans cette profession. Alors cela semblait toujours irréalisable et je ne voulais vraiment pas quitter la place. Nous avons travaillé très fort pour faire de cette collectivité ce qu'elle est devenue aujourd'hui et il est important pour moi d'élever mes enfants ici* (ville 2 – 018 : 423 -- 443).

Le faible volume d'accouchements locaux a aussi eu une incidence sur d'autres professions qui apportent un appui durant la maternité. Comme l'a souligné cette participante, l'impression de ne pouvoir acquérir localement l'expérience requise a freiné ses aspirations de devenir monitrice de soins prénatals[15].

> *Je voulais devenir monitrice de soins prénatals, mais c'était difficile car il aurait fallu que j'aille à l'extérieur pour acquérir l'expérience requise, étant donné le peu d'accouchements ici* (ville 2 - 017 : 372 -- 376).

Plusieurs collectivités ont aussi observé un intérêt croissant manifesté par les femmes souhaitant devenir doulas, ces professionnelles qualifiées qui apportent un soutien émotionnel et physique aux femmes, et qui les informent durant leur grossesse, le travail et peu après la naissance. Le rôle de la doula est d'aider la femme à vivre une naissance qui soit une expérience sécuritaire, mémorable et enrichissante » (American Pregnancy Association, 2004). Dans une collectivité, un atelier de certification a attiré plus de

20 participantes dont un grand nombre voulaient maintenir des services locaux de maternité et voulaient accompagner les femmes durant le travail et l'accouchement. Cependant, là encore, le faible volume faisait en sorte qu'il était difficile pour ces femmes de satisfaire aux normes d'accréditation.

Répercussions du faible volume sur la prestation des soins

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la réduction du nombre de naissances dans les collectivités locales entraîne une diminution des services offerts localement de sorte qu'un plus grand nombre de femmes doivent aller accoucher ailleurs, ce qui contribueen retour à diminuer l'expérience acquise et les services offerts localement. Par ailleurs, d'autres politiques qui définissent les critères relatifs à la prestation de soins localement, par exemple la politique relative aux primipares[16], ne fait que réduire encore plus le nombre d'accouchements locaux et fait en sorte que les praticiens se sentent moins à l'aise et moins compétents pour dispenser des soins de maternité.

> *Cette politique relative aux primipares a été introduite à [nom de la collectivité] il y a environ douze ans, et a entraîné une réelle diminution du taux de natalité... ce qui a nui au maintien des compétences et à la confiance de pratiquer des accouchements. Car, en bout de ligne, les soins de la mère et du bébé incombent au personnel médical, n'est-ce-pas?. Alors, s'ils ne sont pas à l'aise parce qu'ils ne font pas tous les accouchements ou parce qu'il n'y a tout simplement pas assez de naissances ici, il est certain que leurs compétences diminuent... et donc que les médecins hésitent à offrir ces services* (ville 4 - 001 : 604 -- 622).

Le défi du maintien des ressources

Comme l'ont souligné d'autres études (Larimore et Davis, 1995; Rourke, 1998; Wiegers, 2003), l'exercice en milieu rural pose des problèmes particuliers, qui ont trait au maintien en poste des médecins. La difficulté de s'intégrer socialement à une petite collectivité, les différends politiques locaux au sujet des services de santé et les longues heures de travail du fait d'être un des quelques médecins disponibles (sur appel) sont quelques-uns des problèmes qui expliquent le taux de roulement élevé parmi les médecins exerçant en milieu rural. Ce roulement a également eu une incidence sur les autres médecins, infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé dans les lieux de notre étude, incidence que les participants ne pouvaient expliquer :

> *Les médecins nous ont quittés. Ces médecins que nous connaissions et que nous aimions tant. Cette époque fut marquée également par l'exode de diverses autres personnes, sans doute à cause des conditions. La structure du système de santé subissait elle aussi des changements et je crois que les conditions dans lesquelles ils travaillaient étaient devenues insoutenables. Il suffit de penser au traitement qui leur était réservé et du temps qu'ils consacraient à leur travail. Je n'en sais pas beaucoup à ce sujet Il est probable que vous avez entendu parler des conditions invivables qui expliquent le roulement chez les médecins ici. Nous nous retrouvons avec*

> *des médecins qui s'investissent peu ici et qui viennent et repartent – il n'y a aucune continuité. Voilà ce qui me préoccupe le plus* (ville 2 - 018 : 180 -- 193).

Parfois, ce stress et cette incertitude mènent à une retraite anticipée :

> *J'ai établi mon REER [régime enregistré d'épargne-retraite] en prévision d'une retraite à 60 ans. Je me demande toutefois si je ne la prendrai pas plus tôt, compte tenu du climat politique actuel et de tous les tracas* (ville 1 - 005 : 1018 -- 1021).

Il y aura toujours des naissances

Les dispensateurs de soins que nous avons rencontrés ont tous souligné qu'il restera toujours essentiel d'assurer le maintien des compétences car, même si les services d'obstétrique ne sont pas offerts officiellement, des naissances continueront de survenir. Ce constat a amené plusieurs participants à se sentir face à une double incertitude : d'une part, bon nombre ne veulent pas offrir de soins d'obstétrique, car ils estiment que cela n'est pas sécuritaire; d'autre part, s'ils n'offrent pas ces soins, il est certain que leurs compétences et expérience diminueront, ce qui ne fera qu'accroître leur anxiété lorsqu'ils auront à dispenser des soins d'urgence. Voici ce qu'a dit un dispensateur :

> *Mes sentiments sont partagés, car il est difficile de convaincre les femmes d'aller à l'extérieur. Malgré les risques, il y en a toujours qui restent; si je n'offre pas de services [d'obstétrique] ici, je sais que davantage de femmes choisiront délibérément de rester en ville jusqu'à ce que le travail commence... Comme l'infirmière ne participe pas régulièrement à des accouchements, si une femme se présente à l'improviste, sans qu'on s'y attende, notre degré de préparation sera moindre* (ville 4 - 003 : 416 -- 423).

Comme le laisse entendre ce qui précède et le décrit plus en détail la section qui suit, il continuera d'y avoir des naissances, car il y aura toujours des femmes qui se présenteront à un stade avancé du travail, soit volontairement, soit accidentellement, ne laissant à l'équipe de soins d'autre choix que de pratiquer l'accouchement. Un participant a déclaré ce qui suit :

> *Parce qu'il y a des femmes qui ne se présentent que lorsqu'elles sont en travail. Et il y a même des femmes à risques élevés [et] qui sont censées quitter l'île, mais qui se présentent malgré tout à l'hôpital en travail* (ville 4 - 003 : 429 -- 432).

Même dans les cas où une femme ne suit pas la recommandation qui lui a été faite d'aller accoucher à l'extérieur, il y a très peu de recours qui s'offre à l'équipe de soins, outre les recours judiciaires extrêmes. Voici les propos d'un participant :

> *Tant qu'il y aura des femmes en âge de procréer [ici], il est possible que certaines accouchent ici... Je ne sais pas combien de médecins seraient*

disposés à obtenir une ordonnance du tribunal pour forcer une femme à quitter l'île contre son gré pour aller accoucher (ville 2 - 023 : 507 -- 514).

Dans certains cas, les dispensateurs de soins ont été en mesure d'anticiper la possibilité d'une naissance locale « imprévue »; dans d'autres cas, les femmes ont caché non seulement leur intention d'accoucher dans la communauté (lorsque cela était prévu), mais le fait même d'être enceintes.

Il y aura toujours une femme déterminée à accoucher ici et qui se présentera au dernier moment... parfois, le médecin ne sait même pas que la femme est enceinte (ville 3 - 002 : 296 -- 301).

De même, la possibilité d'une naissance prématurée, avant la date d'évacuation recommandée (habituellement 36 semaines de gestation), continuera d'exister tant qu'il y aura des femmes enceintes dans les collectivités rurales. Le principe voulant qu'il y aura toujours des naissances est admis au sein des dispensateurs de soins en milieu rural.

Perceptions des dispensateurs de soins quant à la sécurité des soins locaux de maternité

Dans l'ensemble, les dispensateurs locaux de soins, qui ont été consultés pour notre étude, étaient largement conscients du stress qu'une femme peut éprouver lorsqu'elle doit aller accoucher dans une autre localité. Cependant, les anxiétés ressenties par les dispensateurs de soins, à l'idée d'avoir à faire face à une situation pour laquelle ils ne sont pas, ou sont mal, préparés l'emportent souvent sur la sympathie à l'égard de leurs patientes. Comme l'a souligné un médecin, l'isolement géographique et le caractère peu fiable des systèmes de transport d'urgence laissent peu de marge de manoeuvre au médecin appelé à prendre une décision.

Mes sentiments sont partagés. Je suis triste pour ces femmes qui doivent quitter leur famille et leurs jeunes enfants pendant deux semaines, en attendant la naissance du bébé. Je suis conscient également du stress qu'elles ressentent pendant l'attente et, très souvent, ce stress est inutile, car tout ce qu'elles veulent, c'est d'accoucher et revenir à la maison. Cependant, nous sommes tellement isolés et nos moyens de transport sont à ce point déficients que, si un problème devait survenir à la mère ou à son bébé, nous n'aurions peut-être pas assez de temps pour les transporter ailleurs. C'est donc un risque qu'elles doivent prendre. Je choisis mes patientes avec soin, mais il y a toujours des imprévus et donc un risque (ville 4 - 003 : 244 -- 257).

Un autre médecin a exprimé de sérieuses réserves au sujet de la sécurité des soins d'obstétrique dispensés là où ne se pratiquent pas de césariennes et a expliqué comment ceci détermine sa stratégie d'aiguillage des patientes.

Je n'aime pas me retrouver dans une situation où il n'est pas sécuritaire de dispenser des soins, et c'est justement ce que je ressens vivement ici, au sujet de l'obstétrique. Est-il sécuritaire d'offrir ces soins? Il n'y a pas de problème [si] tout va bien... Mais lorsqu'une femme est en travail... il est impossible

de pratiquer des césariennes ici... Je considère que c'est une folie d'insister d'accoucher ici. Je sais que c'est difficile d'aller à l'extérieur et d'attendre... mais ce qui importe avant tout n'est-il pas que l'accouchement se déroule bien et que le bébé naisse en santé... Je ne veux pas me retrouver dans cette situation et je veux éviter que cela se produise (ville 3 - 003 : 14 -- 47).

Les dispensateurs de soins peu expérimentés dans la prestation de soins de maternité, en particulier en milieu rural, et celles et ceux ayant été témoin d'un collègue qui avait vécu une mauvaise expérience en obstétrique en milieu rural, ont été plus enclins à qualifier de non sécuritaires les soins de maternité en milieu rural. À ce questionnement au sujet de la sécurité relative des soins d'obstétrique locaux s'ajoute une prise de conscience quant aux répercussions juridiques et professionnelles auxquelles peuvent s'exposer les dispensateurs qui offrent des soins d'obstétrique en milieu rural. Cette crainte de faire l'objet de poursuites pour faute professionnelle a été soulevée par un groupe de discussion formé de médecins de régions rurales.

Il arrive que des complications surviennent et les poursuites sont de plus en plus fréquentes (ville 2 – groupe de discussion de médecins : 375 -- 376).

En plus des risques de poursuite en justice, les dispensateurs de soins ont dit craindre les effets sur leur réputation professionnelle et leur droit d'exercice. Faisant référence à un accouchement particulièrement difficile, une infirmière a parlé de sa crainte de perdre son droit d'exercice :

Intervieweur (I) : Comment vous sentiez-vous durant les dernières phases du travail de cette femme?
Participante (P) : J'étais affolée. J'avais tellement peur....
I : À quoi pensiez-vous?
P : Et bien je me disais que si quelque chose allait mal, je perdrais mon droit d'exercer (ville 3 - 001 : 64 -- 72).

Facteurs influençant l'offre de services locaux

Les dispensateurs de soins que nous avons rencontrés étaient bien au fait des multiples facteurs qui déterminent si les services de maternité sont offerts à un niveau communautaire ou individuel. Au nombre de ces facteurs, mentionnons l'influence des personnes au sein de la collectivité, le critère *de facto* en faveur de l'accouchement local et le degré de collaboration entre la femme et son dispensateur de soins dans la prise de décisions concernant le choix du lieu de la naissance. L'utilisation des formulaires de consentement est un autre facteur qui influe sur la prestation des services dans certaines collectivités. Les services communautaires de maternité dépendent, en grande partie, de la volonté de chaque dispensateur de défendre la prestation des soins. L'absence d'une politique globale en matière de soins de maternité fait en sorte que bon nombre de services locaux se retrouvent tributaires des personnes et qu'ils risquent donc d'être offerts de façon intermittente ou de disparaître complètement, si la personne quitte la collectivité pour une courte période ou de façon permanente. Dans une collectivité, l'approche concertée des dispensateurs de soins à

l'égard de la prestation locale de soins a profondément influencé leur décision d'intervenir lorsqu'ils ont estimé que les soins locaux n'étaient plus sécuritaires. Dans cette collectivité, les dispensateurs de soins ont ainsi décidé, de leur propre chef, d'informer la collectivité qu'ils n'offriraient plus de services locaux, en raison de leurs craintes quant à la sécurité de ces services. Le participant qui a relaté ces faits a précisé que, même si la mise en garde n'avait pas été officiellement annulée, les médecins locaux ont décidé quelques années plus tard d'offrir à nouveau des services d'obstétrique.

> *Certains médecins sont allés jusqu'à faire publier une annonce d'une page complète dans le journal, dans laquelle ils recommandaient aux femmes de ne pas accoucher dans la localité, car ce n'était pas sécuritaire et qu'ils n'étaient pas préparés pour offrir ce service. Aucune révocation de cette annonce n'a été faite par la suite* (ville 2 - 023 : 94 -- 99).

Cette dépendance envers des personnes ou des petits groupes de dispensateurs va à l'encontre du principe de la viabilité et déstabilise l'ensemble du système, car il est impossible de planifier à long terme. Comme l'a fait remarquer un participant :

> *Je crois que ce sera toujours un endroit où l'on observera un grand roulement parmi les médecins et les infirmières... Donc, même si vous avez aujourd'hui un groupe dynamique de médecins prêts à offrir le service, à suivre la formation nécessaire et à se tenir à jour, je ne crois pas que cela pourra nécessairement continuer pendant cinq ou dix ans* (ville 2 - 021 : 652 -- 661).

Critères en faveur des accouchements locaux

En plus de décider si des services d'obstétrique seraient offerts dans leur collectivité, les dispensateurs de soins doivent aussi déterminer qui auraient accès à ces services, le cas échéant. Les dispensateurs de soins plus expérimentés et ayant une expérience plus récente ont été plus enclins à faire une évaluation précise de la sécurité et du risque, en indiquant leurs préférences particulières ou leurs critères quant au type d'accouchements qu'ils étaient à l'aise de pratiquer et les conditions à réunir pour la prestation de ces services. La plupart des médecins ayant participé à cette étude ont pu déterminer d'une manière précise les critères utilisés pour déterminer si une femme peut être admissible aux soins de maternité lorsqu'ils sont offerts dans la collectivité. Ces critères incluent entre autres la parité (c.-à-d. le nombre d'enfants que la femme a eus, le cas échéant), si la femme a déjà subi une césarienne et si d'autres facteurs médicaux ou obstétricaux constituent une contre-indication à un accouchement local.

Cependant, le processus décisionnel réel, qui consiste à déterminer quelles femmes doivent être dirigées vers un centre situé en dehors de la collectivité avant le début du travail dépend, dans une large mesure, du degré d'incertitude que le dispensateur de soins local est prêt à tolérer et de la détermination de la femme à accoucher dans sa localité. Il n'existe pas de directives précises, dans le cas des grossesses sans complications. Cependant, les femmes qui en sont à leur premier accouchement (primipares) sont plus susceptibles d'être transférées durant le travail que les femmes ayant déjà accouché par voie vaginale. Certains

praticiens et certaines collectivités recommandent même que toutes les femmes primipares accouchent dans des hôpitaux pouvant pratiquer des césariennes. Un participant a souligné le fait que les praticiens sont plus confiants de pratiquer un accouchement chez des multipares que des primipares.

> *Si je ne pouvais compter sur du personnel chirurgical à une distance de moins de 30 minutes, je n'hésiterais même pas, car il n'y pas de raison de se créer un stress inutilement, de peur qu'un problème survienne. Bien sûr, des complications peuvent aussi survenir avec des multipares, mais les praticiens semblent être plus en confiance que dans le cas de primipares* (ville 1 - 005 : 1212 - 1217).

Un autre praticien, par contre, a dit noter peu de différences quant aux risques de complications basés sur la parité, reconnaissant toutefois des différences entre le type de problèmes susceptibles de survenir dans chaque cas.

> *Notre expérience acquise au fil des ans montre que nous avons eu plus de problèmes avec les multipares qu'avec les primipares. En effet, même si la durée du travail peut être plus longue chez les primipares, c'est tout et l'accouchement se fait habituellement sans autre problème. Dans le cas par contre des multipares, les complications sont plus fréquentes, que l'on pense aux présentations transverses où vous devez retourner le bébé. Il y a certains cas où des primipares doivent aussi être transférées vers un autre centre, car le travail est trop long, mais ces transferts sont moins fréquents que chez les multipares. Enfin, les risques de rupture et autres problèmes sont plus grands chez les multipares que chez les primipares. Si des échographies de routine étaient faites pour parer aux éventualités, je crois qu'il n'y aurait pas de raison de ne pas traiter tous les cas ici* (ville 3 - 004 : 311 -- 326).

Certains dispensateurs de soins ont établi d'autres paramètres, outre la parité, pour déterminer les accouchements qui pourraient être faits localement et les femmes qui seraient dirigées vers un plus grand centre. L'un d'entre eux a énuméré la liste qui suit.

> *Au départ, je ne fais pas d'accouchements chez des primipares, car on ne sait jamais quelles complications pourraient survenir. Je ne fais pas non plus d'accouchements après une césarienne, ni si la femme a eu plus de sept enfants, à cause des risques d'hémorragie ... Il y a également d'autres cas que je refuse, selon les problèmes [médicaux] présents. Enfin, j'informe les femmes dès le départ que, si un problème survient durant la grossesse, je peux décider que l'accouchement devra se faire dans un autre centre* (ville 4 - 003 : 62 -- 71).

La situation socio-économique est un autre facteur important dont les dispensateurs de soins tiennent compte au moment de recommander un lieu d'accouchement.

> *Certaines femmes choisissent elles-mêmes d'aller accoucher ailleurs. Elles essaient habituellement de consulter le médecin qui les accouchera quelques fois avant, pour se familiariser avec le médecin et les lieux. Cependant, la plupart de mes patientes éprouvent des difficultés financières et n'ont pas les moyens d'y aller très souvent* (ville 4 - 003 : 100 -- 106).

Approche concertée en faveur des naissances locales

Les dispensateurs de soins, que nous avons consultés pour cette étude et qui sont déterminés à soutenir les accouchements locaux, font participer les femmes au processus décisionnel et envisagent avec elles divers scénarios possibles pour l'accouchement. Le fait de communiquer ainsi et de planifier ensemble les mesures à prendre, en cas d'imprévus susceptibles de nécessiter un transfert vers un autre centre, a été perçu comme un volet important de la prestation des soins. Cette approche collaborative permet en outre de tenir compte d'autres éléments importants, notamment du centre vers lequel il serait préférable d'orienter la femme (p. ex. un lieu où la femme peut déjà compter sur un endroit pour habiter et un réseau de soutien) et des facteurs psychologiques pertinents. Un participant nous a fait part de ce qui, à son avis, constituait un processus adéquat pour la prise de décisions avec les patientes.

> *Non, elles ne devraient pas être dirigées vers [autre localité]. Les femmes ne devraient s'y rendre que lorsque le moment est venu, mais elles devraient cependant y être préparées dès la première visite prénatale. Informez-les dès le départ de la possibilité qu'elles doivent aller accoucher ailleurs et demandez-leur quel effet cela aura. Commencez à envisager cette possibilité bien avant qu'elle ne survienne. Demandez-leur d'y réfléchir et de planifier à l'avance – et tant mieux si, finalement, ce n'est pas nécessaire. Il n'en coûte rien de planifier et vous ne serez pas prise au dépourvu, sans avoir pris aucune disposition, au moment où vous dira que vous devez être transférée vers un autre centre. Parlez-leur davantage de ce qu'elles ressentent lorsqu'elles sont enceintes et de leur sentiments face à la naissance* (ville 2 - 022 : 180 - 208).

Plusieurs dispensateurs de soins ont mentionné les visites prénatales comme une bonne occasion de communiquer et de planifier ensemble; certains médecins ont toutefois déploré le peu de temps dont ils disposent pour offrir un counseling et un soutien émotionnel. Ces médecins ont suggéré de faire appel à d'autres membres de l'équipe de soins, par exemple aux doulas, pour conseiller les femmes et les informer.

> *[Il y a] très peu d'écoute et de soutien psychologique — et ce n'est pas parce que les médecins n'en sont pas capables — ils n'ont tout simplement pas le temps. En général, le médecin dispose au plus de 15 minutes pour une visite prénatale. Et bien, vous n'avez pas le temps, en 15 minutes, d'évaluer les aspects techniques et les risques liés à la grossesse, et d'aborder également les aspects psychologiques. Le médecin doit utiliser ces 15 minutes à bon escient et trouver quelqu'un d'autre pour s'occuper des autres questions. Bien sûr, il s'agirait d'une situation idéale* (ville 2 - 022 : 180 -- 208).

Formulaires de consentement
Dans certaines collectivités, les dispensateurs de soins utilisent des formulaires de consentement écrits comme moyen de s'assurer que la femme comprend et accepte les risques liés à l'accouchement local. Un grand nombre de participants ont toutefois remis en question l'objet même de ces formulaires. Certains médecins considèrent le formulaire comme une renonciation explicite signée par les femmes, qui reconnaissent ainsi comprendre que l'accouchement en milieu rural est dangereux mais qui acceptent néanmoins de prendre ce risque. Dans cette optique, certains dispensateurs de soins considèrent que la signature du formulaire les dégage de toute responsabilité en cas de complications imprévues, une opinion qui a été corroborée par ce participant :

> *Au moins, les femmes sont informées du risque qu'elles prennent et je crois que la lecture du formulaire de consentement ... aide certaines personnes à mieux comprendre le risque* (ville 4 - 003 : 794 -- 809).

D'autres médecins, par contre, estiment qu'un processus officiel de consentement est inadéquat et qu'il mine la relation entre le médecin et la femme qui se prépare à donner naissance, une opinion particulièrement ressentie à l'égard de certaines patientes autochtones, comme en font foi les propos suivants :

> *J'utiliserais [un formulaire de consentement] si je croyais que cela serait plus efficace qu'une discussion pour bien faire comprendre ce qui en est... en particulier avec certaines patientes autochtones ici. Je doute toutefois que cela soit vraiment plus efficace qu'une discussion raisonnable et ... je crois même qu'un bout de papier n'aura guère plus de poids qu'une discussion verbale sur le plan de la protection juridique ... À mon avis, il n'y a qu'un pas entre l'information éclairée et l'information fondée sur la peur et la surestimation du risque. Je suppose que cela dépend d'une variété de facteurs* (ville 2 - 021 : 215 -- 226).

Les défis d'exercer dans une région où les services d'obstétrique sont limités

Au-delà des questions liées à la sécurité et à la disponibilité des services, les praticiens ont parlé des difficultés qu'elles et ils ont à surmonter quotidiennement dans le cadre de leur travail. Ces difficultés appartiennent à diverses catégories, certaines étant reliées aux patientes, alors que d'autres ont trait au besoin constant de concilier risques et avantages dans l'examen des multiples options. Enfin, la plupart ont dit être conscients des répercussions pour les femmes qui doivent aller accoucher en dehors de leur milieu.

Difficultés liées aux patientes
Complications durant la grossesse
Pour les dispensateurs de soins d'obstétrique en milieu rural, la prestation en régions éloignées crée beaucoup de stress, lequel ne fait qu'augmenter lorsque des complications surviennent, par exemple lorsqu'on soupçonne un retard de croissance du foetus. Le cas échéant, une échographie est indiquée, mais cet examen doit habituellement être passé dans

un centre plus spécialisé. Or ces déplacements peuvent être coûteux et risquent d'ajouter au fardeau du médecin ou de la sage-femme qui doivent justifier cet examen.

Caractère inadéquat des soins prénatals
Selon les dispensateurs de soins, le type de femmes qui assistent aux soins prénatals varie considérablement et il arrive parfois que certaines s'y présentent pour la première alors que le travail est bien amorcé et qu'elles sont sur le point d'accoucher. Ces cas d'obstétrique imprévus peuvent être particulièrement éprouvants, car même les analyses de routine, comme l'échographie et les analyses de laboratoire de base, n'ont peut-être pas été faites.

> *Dans ces régions éloignées, je crois qu'il serait sans doute préférable qu'une échographie soit faite de routine — pour parer à toute éventualité, car des imprévus sont toujours possibles. En fait, il y a beaucoup de femmes... il y en a eu une qui a accouché, je ne me rappelle plus à combien de semaines Ah oui, cinq mois, 20 semaines... ceci s'est passé un peu plus tôt cette année, il y a quelques mois; le bébé était trop petit mais la femme n'avait pas eu de soins prénatals. Personne ne savait qu'elle était enceinte, ce qui n'est pas inhabituel dans ces régions. Ce genre de cas est un peu plus fréquent ici; ces femmes qui arrivent sans avoir consulté de médecin depuis trois mois, qui se présentent quand le temps est venu d'accoucher. C'est sans doute le plus grave problème ici... Et celui qui préoccupe le plus les médecins, car un grand nombre de femmes ne consultent pas régulièrement* (ville 3 - 004 : 129 - 141).

Savoir équilibrer les risques
Les praticiens de cette étude, qu'elles ou ils dispensent ou non des soins d'obstétrique, sont bien conscients de la nécessité de soupeser les risques et les avantages liés à la prestation de soins locaux. Et bien que de nombreux facteurs entrent en jeu, les risques liés au transfert des patientes – lorsque cela s'avère nécessaire – a été soulevé par la plupart des praticiens.

Un grand nombre ont parlé de l'incertitude qui entoure la naissance et du risque constant d'une complication pour laquelle les ressources du médecin et du petit hôpital pourraient ne pas suffire. Cette personne, qui a parlé du « noeud » dans l'estomac qu'elle ressent la semaine précédant un accouchement prévu, a exprimé cette anticipation qui, chez bon nombre de médecins avec lesquelles nous nous sommes entretenus, frise l'anxiété. Le transfert ou l'aiguillage vers un plus grand centre a été perçu par certains comme une source de soulagement, à laquelle certains ont recours, même pour des complications relativement mineures de la grossesse.

> *Si un problème survient... durant le travail... car il n'y a pas de garantie; alors pourquoi compromettre la sécurité du bébé à naître et votre propre sécurité... Bien sûr, cela occasionne des coûts... mais vous savez c'est un des inconvénients de vivre en milieu rural; vous devez vous y attendre... devoir inévitablement aller à l'extérieur pour subir certains tests* (ville 3 - 003 : 72 -- 80).

Cependant, l'anxiété persiste même lorsque le transfert est amorcé, car les habitants des régions rurales connaissent bien les risques inhérents aux déplacements dans ces régions souvent sauvages. Les déplacements sur les routes rurales ou par les services de transport d'urgence durant le travail comportent des risques,lesquels doivent être soupesés en regard des risques d'accoucher dans un petit hôpital qui dispose de ressources limitées pour traiter les complications obstétricales. Les praticiens et les femmes enceintes en milieu rural sont pleinement conscients de cette nécessité d'équilibrer les risques.

> *La conduite durant l'hiver à [autre localité] peut être difficile et il ne fait pas de doute que cela comporte des risques. Cependant pour moi, soupeser les risques signifie également tenir compte des risques que comporte la solution de rechange, c. -à-d. accoucher dans une région éloignée dépourvue de systèmes de support adéquats. Alors j'imagine qu'il faut examiner tous les risques* (ville 4: 335-340).

Les facteurs économiques sont – les dispensateurs de soins le savent bien – un autre élément susceptible d'influencer les décisions. Le même participant a poursuivi en ces termes :

> *Il y a bien sûr la question de la sécurité, mais il faut aussi tenir compte des coûts. Les patientes qui viennent ici n'ont parfois que cinq minutes à faire; ceci cause donc peu d'inconvénients. Par contre, le trajet en provenance de [collectivité rurale] nécessite toute une journée; cela signifie que le partenaire de la femme doit souvent prendre une journée de congé pour l'accompagner; il y a aussi d'autres questions, comme la sécurité sur l'autoroute. Alors on ne peut certainement pas dire que c'est sécuritaire, mais il faut se demander si les autres solutions valent beaucoup mieux* (ville 4 : 335-340).

Des craintes particulières ont été exprimées au sujet du transport d'urgence sur les routes rurales, ainsi que du risque réel d'accidents d'automobile, en particulier lors de transfert d'urgence durant le travail :

> *Vous voulez dire accoucher ici, à [localité]? Je crois que ce serait dangereux, car il y a toujours les risques de complications et d'hémorragies et qu'il faut une heure et même plus, durant l'hiver pour se rendre* (ville 01 - 002 : 409-417).

De nombreux dispensateurs de soins ont parlé des risques pour la patiente qui était transférée, mais aussi pour le personnel ambulancier et autre personnel affecté au transport d'urgence.

> *C'est frustrant parfois, en particulier pour les médecins qui font de leur mieux, mais cela prend tellement de temps; de plus, l'état des routes durant l'hiver rend le transport dangereux, non seulement pour la patiente, mais aussi pour le personnel ambulancier et tous les autres intervenantes et intervenants* (ville 01 - 001 : 889 -- 895)

Le personnel affecté au transport d'urgence joue un rôle crucial dans le maintien des services d'obstétrique locaux. En effet, si un problème survient lors de l'accouchement, la possibilité de transport offre un moyen d'avoir accès au support nécessaire. Dans les petites collectivités, le personnel ambulancier est formé de bénévoles dont l'expérience et les compétences sont très variées. Certains praticiens ont exprimé des préoccupations au sujet des compétences limitées du personnel ambulancier local, qui s'ajoutent aux facteurs à considérer dans la recommandation qui est faite aux femmes concernant l'accouchement local.

> *Un autre facteur est que le personnel ambulancier d'ici n'a qu'une formation de base. Il n'a pas l'expérience des accouchements... si je me rappelle bien, le dernier accouchement auquel ils ont participé remonte, je crois, à au moins huit ans* (ville 01 - 001 : 889 -- 895).

Un membre d'une collectivité ayant une formation médicale était à ce point préoccupé par les qualifications du personnel ambulancier qu'il a offert ses services, dans l'espoir que ceci réduise les risques d'issue négative durant le transfert vers un autre établissement.

> *Je me suis joint au personnel ambulancier, pour mettre à profit mes connaissances et mon expérience... car il arrive souvent qu'une femme en travail soit transportée par ambulance à l'hôpital situé de l'autre côté, mais aucun ambulancier n'a suivi de formation et tous sont terrifiées à l'idée que le bébé naisse sans qu'ils sachent quoi faire. C'est essentiellement pour cette raison que j'ai accepté de faire partie pendant quelques années du personnel ambulancier et, durant ce temps, j'ai assisté à quelques accouchements* (ville 2 - 018 : 289 -- 300).

Pour bien des praticiens qui offrent toujours des soins d'obstétrique, il y a d'une part l'anticipation d'offrir des soins à une femme qui accouchera localement sans problème et la joie et l'euphorie qui accompagnent cet événement et, d'autre part, l'anxiété liée aux risques inhérents à leur seule bouée de secours — le transfert vers un autre hôpital.

Quitter la collectivité pour obtenir des soins

Les dispensateurs de soins dans cette étude étaient bien conscients des difficultés qu'éprouvent les femmes des milieux ruraux qui doivent quitter leur collectivité pour aller accoucher ailleurs, soulevant notamment les répercussions sur la famille et les problèmes d'ordre financier, problèmes d'autant plus importants lorsque la femme a d'autres jeunes enfants à la maison.

> *Vous devez tenter de respecter le choix des gens et reconnaître que, pour certaines personnes, quitter la collectivité n'est tout simplement pas une option envisageable, pour des raisons financières ou autres. Il y a les autres enfants et d'autres facteurs et nous devons essayer de satisfaire à leurs désirs et de veiller à leur sécurité* (ville 2 - 021 : 178 -- 194).

Les participants ont formulé quelques idées sur les moyens qui pourraient être pris pour pallier certaines difficultés qu'éprouvent les femmes et les familles des régions rurales, lorsque la femme doit aller accoucher à l'extérieur.

> *Je crois qu'il faudrait prévoir des chambres, en dehors de l'hôpital, où la femme pourrait aller, un endroit offrant par exemple un salon, un petit téléviseur ou une petite cuisine, où le couple pourrait se rendre pour éviter d'avoir à revenir à [leur ville]... Les deux femmes à qui j'ai parlé étaient en travail et ne devaient attendre que huit heures environ avant d'être admises. Allez-vous retourner chez vous pour seulement six ou huit heures?* (ville 1 - 008-009 : 587 -- 598)?

Dans certains cas, des moyens novateurs ont été mis en place pour aider des femmes à faire face au coût élevé des soins en dehors de leur collectivité. Un participant a raconté les efforts faits par un dispensateur pour s'assurer que sa patiente puisse se rendre à l'hôpital.

> *Dans ce cas particulier, les membres du bureau de médecin ont réuni l'argent nécessaire pour lui permettre de se rendre à [l'hôpital spécialisé]... Le médecin a été en mesure de la transférer, de lui trouver un endroit où rester* (ville 4 - 001 : 90 -- 115).

Amélioration du contexte de prestation des soins de maternité locaux

La pénurie de dispensateurs de soins de maternité dans les collectivités rurales a un effet déterminant sur la disparition des services locaux d'obstétrique. Les dispensateurs de soins qui ont participé à notre étude ont proposé de nombreuses solutions novatrices, incluant le recrutement de sages-femmes et l'organisation de services de soutien par des doulas pour atténuer les problèmes créés par la pénurie d'infirmières et d'infirmiers; ils ont aussi proposé la mise en place de programmes de partage d'emploi entre médecins. Le recrutement des sages-femmes au sein de l'équipe de soins a été perçu comme une solution positive par certains.

> *Nous avons eu une sage-femme ici pendant quelque temps qui a tenté de s'établir une clientèle à [région rurale]; je n'y voyais aucune objection parce que nous avions une pénurie de personnel en obstétrique et que la présence d'une sage-femme apporte un grand appui et réduit votre tâche* (ville 3 - 004 : 641 -- 646).

D'autres médecins ruraux, par contre, ont dit être anxieux à l'idée que des sages-femmes exercent dans les collectivités locales, indépendamment des dispensateurs de soins dans les hôpitaux.

> *Nous n'avons pas de sage-femme ici à [ville], car lorsqu'une complication survient, la sage-femme doit de toute façon faire appel à nous; je ne crois pas qu'il soit prudent que des sages-femmes exercent ici, alors qu'il est impossible de pratiquer des césariennes... Nous avons décidé que nous ne pourrions avoir*

de sage-femme dans la collectivité qui ne collabore pas avec nous, car elles ont une manière différente, et un seuil différent, pour évaluer le risque (ville 4 - 003 : 481 -- 493).

Une des quatre collectivités à l'étude avaient mis en place un service de doulas pour accompagner les femmes enceintes. Une doula a décrit comme suit sa contribution au sein de l'équipe locale de soins.

Nous enseignons aux femmes comment bien manger, quel régime alimentaire suivre durant la grossesse, comment nourrir leurs enfants, en leur expliquant les effets d'une bonne alimentation sur le développement du cerveau et des dents et en leur disant les bienfaits de la prévention (ville 2 - 017 : 222 -- 231).

La création de modèles viables a amené un certain nombre de médecins ruraux à établir un programme de partage d'emploi. Bien que cette formule brise la continuité des soins à court terme, elle assure – après quelques cycles – une continuité à plus long terme, et les chances de viabilité du service augmentent.

Nous avons ici trois médecins à temps plein, mais il n'y a en fait qu'un seul qui travaille à temps plein; les deux autres alternent à tour de rôle par tranche de trois mois; de plus, tous les trois sont des hommes, ce qui est bien, même si souvent les femmes se sentent plus à l'aise en présence d'une autre femme (ville 2 - 008 : 234 -- 242).

Importance des naissances locales pour l'intégrité d'une collectivité

Il est apparu clairement, tout au long de notre recherche, que les naissances locales constituent un élément important de la philosophie d'une collectivité. Ce volet est ressorti tout particulièrement dans l'une des quatre collectivités que nous avons visitées, où tous les membres — depuis les médecins et infirmières jusqu'aux femmes enceintes et leur famille élargie — travaillent ensemble pour créer un milieu propice aux naissances locales. Une relation d'entraide s'est établie entre les dispensateurs de soins locaux et la collectivité.

Les chambres sont pleines... les membres de la famille attendent dans le corridor. Tout le monde attend la venue du bébé. Et que dire des infirmières... Je sais qu'elles adorent leur travail; elles ne se plaignent jamais et la plupart des médecins avec qui j'ai parlé m'ont dit que c'était assez extraordinaire. Voilà une situation où la collectivité locale a eu une très bonne influence sur le milieu médical. La collectivité a déterminé ce qu'elle voulait et le personnel médical a accepté. C'est bien (ville 2 - 018 : 953 -- 969).

Un autre dispensateur de soins de la même collectivité a décrit en ces termes l'expérience des naissances locales :

La naissance est un de ces événements vraiment rassembleurs. L'atmosphère ici est celle d'une famille, car c'est une petite ville. De plus, comme nous sommes une région isolée, les options qui s'offrent sont peu nombreuses Nous devons être souples et avoir de fortes convictions. L'accouchement est un service vital et indispensable que nous devons maintenir ici. C'est avec beaucoup d'angoisse que nous avons fait paraître la première fois cet article dans le journal [au sujet de la politique mettant un terme aux naissances locales]. Nous éprouvions une grande tristesse d'avoir à le faire et nous espérions que ce n'était pas le début de la fin (ville 2 - 005 :85 - 95).

Conclusions d'un dispensateur de soins

Pour certains dispensateurs de soins, l'abandon des services de maternité fut un véritable crève-coeur, car les soins de maternité n'étaient pas seulement un des faits saillants de leur exercice, mais aussi un facteur important du lien étroit qui les unissait à la collectivité. Comme l'a exprimé un médecin, sa satisfaction au travail était intimement liée à cette possibilité d'accoucher les femmes dans leur milieu.

Ce fut pour moi une grande déception, car c'était un aspect de mon travail que j'aimais beaucoup... [cette] continuité des soins prénatals jusqu'au moment de l'accouchement. Et ceci a certainement modifié nos rapports... La naissance d'un enfant... cet aspect de mon travail, qui procure une joie que peu d'autres volets de notre travail peuvent égaler, me manque vraiment. Je considère également que cela constitue une lacune professionnelle et je crains de perdre certaines compétences, du fait de ne pas les mettre en pratique; je crois que ceci a contribué à l'insatisfaction que je retire de mon travail ici, car pour moi l'obstétrique est là où tout commence. Cette lacune témoigne d'un manque d'engagement à fournir des soins fondamentaux (ville 2 - 021 : 278 -- 294).

Sommaire

Les résultats des interviews et des groupes de discussion menés avec les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont fait ressortir les difficultés qu'ont les praticiennes et les praticiens à maintenir leurs compétences, en raison du faible volume d'accouchements. Les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont dit également craindre la non-viabilité des soins de maternité, si le faible volume mine la confiance des praticiennes et praticiens locaux. En dépit de ces préoccupations et des difficultés associées à la prestation des soins d'obstétrique en milieu rural, les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont reconnu qu'il continuera d'y avoir des naissances tant que des familles habiteront dans ces collectivités. Les participantes et participants ont aussi parlé ouvertement de leurs perceptions de la sécurité des soins de maternité, en l'absence de services pratiquant des césariennes, et de l'influence de ce facteur, ainsi que t d'autres facteurs, sur la viabilité des services locaux de maternité. Enfin, un grand nombre ont proposé des moyens précis pour maintenir les services locaux d'obstétrique et ont

souligné l'importance d'un processus concerté pour la prise de décisions concernant les services d'obstétrique communautaires.

7. EXPÉRIENCES DES FEMMES QUI ACCOUCHENT EN MILIEU RURAL

Les témoignages des femmes vivant en milieu rural étaient riches en émotions et traduisaient bien les réalités des soins d'obstétrique dispensés en milieu rural, dans cette période marquée par une diminution des ressources. Ces réalités incluent notamment le stress que ressentent la plupart des femmes qui accouchent en milieu rural, que ce soit à l'hôpital de leur région ou ailleurs. Ces stress sont reliés aux incertitudes quant au type de soins qui seront disponibles, à la difficulté d'avoir le même dispensateur de soins sur une base continue ainsi qu'aux problèmes financiers créés par la nécessité d'aller à l'extérieur pour obtenir des soins. Parmi les autres thèmes qui ressortent des récits de ces femmes, mentionnons l'importance des naissances pour une collectivité, leur désir d'accoucher dans leur milieu, leur sensibilisation au risque et à l'évaluation des risques, ainsi que les difficultés créées par la géographie de la région et les conséquences qui en résultent sur l'accès aux soins. Bien des femmes ont aussi exprimé le souhait d'avoir accès aux soins d'une sage-femme et les femmes autochtones ont soulevé des problèmes différents liés aux répercussions de l'absence d'accès local aux soins. Ce chapitre présente les résultats des entrevues et des groupes de discussion qui ont été réalisés, dans le but de préciser les expériences que vivent les femmes qui accouchent dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, et commence par la présentation de leurs commentaires sur l'importance d'accoucher dans leur collectivité.

Le stress d'accoucher en milieu rural

Bien des participantes ont souligné la différence qu'il y a entre vivre en milieu rural et y recevoir des soins et précisé que leur expérience aurait pu être différente si elles avaient vécu en milieu urbain. Cependant, cette différence ne tient pas uniquement à des questions d'accès, mais englobe également les déterminants sociaux qui sont inhérents à la vie en milieu rural, y compris les réalités économiques. Pour bien des femmes, les réalités de la vie en milieu rural contribuent au stress suscité par la naissance. Voici les propos recueillis d'une participante :

> *Les familles qui vivent en milieu urbain n'ont pas à se préoccuper de ces choses, en milieu rural, par contre, et plus particulièrement ici, les fermetures et autres obstacles financiers ne font qu'ajouter au stress suscité par tout le processus de la naissance* (ville 4 -- 012).

Le fait d'être séparées de leur famille et de leur réseau communautaire est une source particulière de stress qui fut mentionnée par presque toutes les participantes.

> *Je crois que le plus difficile pour moi a été de ne pas avoir ma famille avec moi. C'est sans doute un des plus grands sacrifices que nous avons à faire. Ne pas avoir ses amies avec soi. Même si j'avais beaucoup d'amies à [autre localité] ... Les infirmières ont été extraordinaires et les soins reçus des médecins furent vraiment très, très... bons, mais ce n'était tout simplement pas pareil* (ville 2 -- 016).

Dans bien des cas, la mère ou d'autres membres de la famille accompagnent la femme qui va accoucher ailleurs. Et bien que les participantes apprécient le soutien social et l'accompagnement, la présence d'une autre personne crée aussi souvent une tension sociale dans l'attente de la naissance. Plusieurs participantes ont même établi un lien entre cette tension et l'issue défavorable de la grossesse.

> *Je ne sais pas si vous pouvez vous imaginer ce que c'est que de passer 17 jours avec son mari et sa mère... [rires] dans la même chambre d'hôtel... J'ai une amie qui a dû subir une césarienne et elle croit vraiment... qu'elle a eu une césarienne parce qu'elle n'était pas dans son milieu;cela fut vraiment très difficile pour elle qui a dû rester avec sa belle-mère... sa tension artérielle s'est mise à monter et elle a dû avoir une césarienne. Alors même si j'utilise un ton joyeux, la réalité n'est pas toujours rose* (ville 4 -- 002).

L'importance des naissances pour une collectivité

Bien des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont souligné l'importance des naissances pour la vie de leur collectivité, ces naissances contribuant à la cohésion et au sentiment de continuité historique. Nous avons été témoins de nombreux récits bouleversants évoquant les bienfaits de la naissance face à des événements tragiques et à la mort, et la manière dont la naissance d'un enfant contribue à rétablir le cycle de la vie et l'équilibre.

> *L'hôpital m'a envoyée une carte pour me remercier, car ils avaient vécu peu avant des événements tragiques qui avaient plongé la collectivité dans une profonde tristesse, et qu'ils avaient été heureux de pouvoir vivre un événement réjouissant* (ville 4 -- 010).

Partager avec quelqu'un l'expérience d'une naissance confère à une relation une authenticité qu'il est impossible d'obtenir autrement, et qui est sans doute encore plus intense lorsque la collectivité est petite et que les autres ressources sont limitées. Les liens d'amitié qui se tissent contribuent à l'établissement de réseaux de soutien social qui persistent bien au-delà de l'expérience de la naissance. Dans une collectivité, ces échanges ont mené à l'établissement d'un vaste groupe d'amies qui se sont soutenues mutuellement durant chacun de leur accouchement.

> *Ici, toutes les femmes assistent aux accouchements; il y a beaucoup de bébés ici; nous avons assisté à beaucoup d'accouchements et chacun a semblé consolider encore plus les liens qui nous unissent... Nous formons un cercle étroitement lié; nous nous connaissons toutes sans avoir à parler beaucoup* (ville 4 – 010).

Outre le fait d'avoir assisté à l'accouchement, ces femmes se sentaient également unies aux autres membres du groupe ainsi qu'avec toutes les femmes qui avaient accouché dans la collectivité, car elles avaient vécu la même expérience.

> *J'ai parlé à des femmes qui ont des enfants de mon âge et qui ont accouché dans la chambre où moi aussi j'ai accouché; ce sont vraiment des liens très spéciaux qui nous unissent* (ville 4 -- 010).

Pour bien des femmes, l'importance de la naissance pour leur collectivité augmentait leur désir d'accoucher localement, désir qui était également alimenté par d'autres facteurs.

Les compromis qu'exige la naissance locale

Dans l'ensemble, le désir des femmes d'accoucher dans leur collectivité était alimenté à la fois par les valeurs et les croyances des participantes, y compris par leur sentiment d'appartenance à leur collectivité et les liens sociaux qui les y unissaient. Comme l'a souligné une participante :

> *Je crois que le facteur le plus important était que j'étais près de ma maison, près de ma famille. À mon avis, la présence réconfortante d'autres femmes est ce qui, en définitive, importe le plus dans l'entourage d'une femme enceinte; et si cette présence est vraiment forte, les choses n'en seront que plus faciles* (ville 2 -- 010).

Les femmes ont aussi parlé de la géographie physique de leur milieu, et des bienfaits qui en résultaient sur leur vie — et celle de leurs enfants — et aussi de la richesse de l'histoire de leur collectivité. Tous ces facteurs contribuent à faire naître un sentiment en quelque sorte familial entre la femme et son milieu géographique et social et alimentent son désir de donner naissance à un enfant dans un milieu aussi riche.

> *Le seul fait qu'elle ait été conçue et qu'elle soit née ici a une valeur particulière. Je ne sais pas comment l'expliquer... comment dire... Cette ville et cet endroit sont uniques; c'est vraiment bien de pouvoir dire que l'on est né à [nom de la collectivité]; voilà pourquoi je voulais que mon enfant naisse ici. J'ai passé toute ma vie ici, mais je n'y suis pas née et j'aurais aimé y naître* (ville 2 -- 002).

Ce désir d'accoucher localement amène souvent la personne à reconnaître rapidement qu'il lui faut faire des compromis sur le plan des soins. Prenons l'exemple de cette participante qui a accepté de passer une échographie pour rassurer ses dispensateurs de soins, même si elle estimait ne pas en avoir besoin.

> *Alors, cet homme est venu faire une rapide échographie. ... J'avais dit au médecin que je ne voulais pas vraiment avoir d'échographie, mais il m'a dit que cela se ferait très rapidement. « Ok, j'accepte, mais seulement si cela peut se faire très rapidement » ... Je l'admire tellement d'offrir des services d'obstétrique ici. Alors je me suis dit : bon, si cela peut le rassurer, je vais le faire; sinon, il aurait pu refuser de m'accoucher ici et il m'aurait fallu trouver un autre médecin. J'avais à faire ce compromis* (ville 2 -- 010).

Bien des participantes voulaient tellement accoucher dans leur milieu que, lorsque cela fut impossible, elles ont ressenti beaucoup de stress et d'anxiété.

> *Ce fut tellement stressant. Je ne peux expliquer toute l'anxiété que j'ai ressentie. Vous savez, tout mon réseau de soutien était ici. Toutes les personnes que je connaissais et qui me supportaient dans mes autres épreuves étaient ici* (ville 4 -- 006).

Comme l'indique l'extrait qui précède, d'autres facteurs complexes s'ajoutaient à la grossesse de cette femme. Pour cette femme, quitter son milieu a eu des incidences non seulement sur sa grossesse, mais aussi sur sa vie en général.

La réalité des soins pour les femmes enceintes en milieu rural

Malgré le désir exprimé par la plupart des femmes d'accoucher dans leur milieu, les obstacles sont considérables et bon nombre sont liés au contexte plus large de la prestation des soins de santé en milieu rural. Toutes les femmes en âge de procréer ont exprimé des difficultés similaires en ce qui a trait à l'accès aux soins, notamment la difficulté de trouver un dispensateur de soins, que ce soit dans leur collectivité ou ailleurs, et la difficulté de composer avec les obstacles créés par la géographie physique.

La difficulté d'obtenir des soins

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre qui précède, des difficultés systémiques nuisent au recrutement et au maintien en poste des médecins en régions rurales. Ces difficultés sont dues au stress causé du fait que le médecin doit être de garde pendant des périodes continues ou prolongées, aux rares possibilités de formation médicale continue qui sont offertes, et au manque d'accès à d'autres ressources professionnelles. C'est ce qui explique que la prestation des soins de santé dans bien des collectivités rurales du Canada dépend, en tout ou en partie, de personnel suppléant. Même si la continuité des soins est habituellement assurée pour les habitants de la région, on ne peut en dire autant de la continuité du dispensateur de soins et parfois aussi, de la philosophie des soins, qui sont souvent perturbées. Or ceci a des incidences particulières durant la période de procréation, lorsque la fréquence des consultations est élevée, que la prise de décisions est limitée dans le temps et que les variables psychosociales ont une grande influence sur le processus et le résultat.

Ainsi, la plupart des participantes ont déclaré que l'absence de continuité des soins avait eu un effet prépondérant sur leur expérience de la naissance. Les participantes ont notamment parlé des difficultés à se confier à un nouveau dispensateur de soins et à créer une relation basée sur la confiance lorsque les consultations sont peu fréquentes ou limitées; elles ont aussi parlé des conséquences négatives résultant de l'utilisation d'approches multiples, et parfois contradictoires, en matière de soins. Voici les observations d'une des participantes :

> *Les soins que j'ai reçus du premier médecin étaient très bons. Malheureusement, ici, les médecins quittent sans préavis. C'est ainsi que mon médecin est parti quand j'étais environ à mon septième mois de*

grossesse; il a été remplacé par un autre, avec qui il fut plus difficile de créer des liens, car je ne le connaissais pas aussi bien et que je connaissais pas son histoire (ville 3 -- 004).

Pour bien des participantes, l'absence de continuité des soins est liée à la pénurie de dispensateurs, ainsi qu'à la difficulté d'obtenir *tous* soins sur une base régulière. C'est un problème pour bien des femmes qui préféraient être traitées par une femme, comme en fait foi le témoignage suivant :

Non, ils ne restent pas ici – ils restent au plus six mois. J'ai commencé à consulter un premier médecin, mais celui-ci achevait sa période de six mois et il est reparti.,Il a été remplacé par un autre médecin, que j'ai vu deux fois, je crois. et qui a été remplacé lui aussi, cette fois-ci par une femme. Vous êtes vue par toutes sortes de médecin, et ce n'est jamais le même. Il y a très peu de femmes médecins ici et, lorsqu'il y en a une, vous devez attendre trois, quatre ou cinq semaines avant d'avoir un rendez-vous, car elle est tellement occupée – toutes les femmes veulent une femme médecin (ville 2 -- 002).

Le désir d'être traitée par une femme, et le manque d'accès à des dispensateurs de soins de sexe féminin dans bon nombre de petites collectivités, ont amené plusieurs femmes de cette étude à décider d'aller à l'extérieur pour obtenir ces soins, non seulement durant l'accouchement mais aussi pour la période prénatale.

Je voulais vraiment une femme médecin plus jeune qui avait des enfants, car je trouve que les médecins qui ont des enfants sont plus au fait des maladies et autres problèmes des enfants. Et elles ne vous proposent pas, vous savez, ces remèdes qui étaient bons il y a 50 ans! J'ai donc décidé de consulter un médecin à [collectivité à l'extérieur] (ville 1 -- 007).

Même lorsqu'il y a un dispensateur local pour suivre régulièrement la femme durant la grossesse, le travail et l'accouchement, et que les naissances locales sont possibles, d'autres difficultés se présentent, parce que les femmes doivent convaincre leur dispensateur de soins de les accoucher dans la région. De fait, plusieurs participantes ont dit avoir eu l'impression d'avoir à « convaincre » leurs praticiens, même ceux en faveur des naissances locales, et à les rassurer qu'elles comprenaient parfaitement les risques et qu'elles étaient déterminées à le faire. Une femme a raconté la réaction de son dispensateur de soins lorsqu'elle lui a dit qu'elle souhaitait accoucher dans son milieu et la stratégie qu'elle a utilisée pour apaiser ses craintes.

Lorsque je lui ai dit que je voulais accoucher ici, mon médecin s'est presque mis à pleurer; il était vraiment troublé ... il ne voulait pas me laisser faire. Un autre médecin a déclaré qu'il s'en lavait les mains et je lui ai dit que c'était parfait. L'autre par contre, est si gentil ... je voulais le rassurer, alors je lui ai dit que tout se passerait bien. Je crois que cela l'a aidé. Alors il m'a dit, mais si tu dépasses 41 semaines, tu devras aller à l'extérieur – j'ai acquiescé, même si je n'avais nullement l'intention de partir (ville 2 -- 001).

Les dispensateurs de soins reconnaissent et respectent les choix de certaines participantes, en les informant des risques.

> *Non, elle ne m'a jamais recommandé d'aller à l'extérieur. C'est une femme très pragmatique qui voulait vraiment respecter mes choix, mais qui m'a bien sûr informé des risques. Elle est obligée de le faire* (ville 2 -- 010).

Réalités géographiques

Le cadre de prestation des soins en milieu rural est défini entre autres par la géographie physique de la région (et l'accès au centre spécialisé), les mécanismes réguliers de transport mis en place et les conditions climatiques, tous ces facteurs ayant une incidence sur la planification et l'exécution des déplacements. La possibilité de conditions météorologiques défavorables est une préoccupation constante. *Cet hiver a été assez doux et le temps n'a pas été trop mauvais. Nous étions un peu inquiets à cause de toute la neige... nous craignons que l'accouchement survienne sur la route mais... cela ne s'est pas passé ainsi. Tout s'est bien déroulé* (ville 1 -- 010).

L'accès au transport – terrestre, maritime ou aérien – est une autre préoccupation qui est liée aux conditions climatiques.

> *Oui, je veux parler du traversier. Aucune femme n'aime prendre le traversier lorsqu'elle est enceinte, mais il n'y a pas eu de problème. Parfois, les conditions sont assez difficiles, vous savez. Ma fille est née en janvier; nous avons été pris au milieu d'une tempête, mais on s'habitue. Ce n'est pas si terrible* (ville 2 – 016).

Les arguments en faveur de la naissance locale

Les femmes que nous avons interviewées étaient bien au fait des ressources locales auxquelles elles avaient accès, y compris les infrastructures et les ressources institutionnelles, technologiques et humaines. Elles avaient également une certaine connaissance, quoique limitée, des ressources disponibles ailleurs (comme les listes de logements), au cas où elles aient à accoucher dans un centre plus spécialisé. Les ressources offertes ne se limitent pas à celles requises durant le travail et l'accouchement, mais englobent également la période périnatale.

Ressources locales

Plusieurs participantes ont reconnu que la possibilité d'accoucher à l'hôpital local offrait des avantages qu'elles ne retrouvaient pas dans les plus grands établissements. Ces avantages avaient trait notamment à la plus grande souplesse des petits établissements, laquelle permet aux femmes d'obtenir des soins mieux adaptés à leurs besoins. À titre d'exemple, une participante a déclaré qu'au moment de la naissance de son enfant, à l'hôpital local, son mari et son bébé ont pu dormir avec elle dans sa chambre, après la naissance, ce qui, à son avis, aurait été impossible dans un plus grand hôpital.

> *Un autre avantage fut que mon mari a pu dormir dans la chambre avec nous, et participer ainsi pleinement à l'expérience de la naissance... Vous savez, beaucoup de gros hôpitaux n'autorisent pas cette pratique. En fait, j'ai entendu dire que les grands hôpitaux ne permettent même pas que votre bébé dorme avec vous; il doit dormir dans un petit lit à vos côtés. Ici, dans cet hôpital, le bébé dormait avec moi, dans mon lit* (ville 2 -- 010).

Un grand nombre de participantes, qui avaient eu la possibilité d'accoucher dans leur milieu, ont commenté de façon positive le lieu de naissance, en insistant sur les avantages et sur l'atmosphère apaisante qui y régnait.

> *Le service de maternité ici est vraiment incroyable lorsqu'on le compare à celui de [localité voisine] où... Il y a un service de maternité, mais celui-ci n'est pas vraiment séparé du reste de l'hôpital, tandis qu'ici il est séparé par des portes doubles. Il y a aussi une chambre de naissance et quelques salles de récupération; de plus, le décor est plus familier et vous êtes habituellement seule dans la chambre ... La chose dont je me rappelle, c'est que cet endroit était un lieu vraiment, vraiment confortable pour accoucher* (ville 2 -- 010).

Dans les localités privées de services d'obstétrique, bon nombre de participantes ont déploré l'irrationalité de l'organisation des services de maternité, ainsi que des installations et des ressources disponibles. Dans une collectivité, plusieurs participantes ont mentionné que la chambre de naissance dans le centre de santé local avait été transformée en salle de physiothérapie. Ces observations de cette participante résument celles soulevées par bon nombre.

> *Parce que notre hôpital dispose des installations nécessaires; il offre une chambre de naissance toute neuve avec bain tourbillon... qui n'est pas utilisée. L'hôpital de [localité voisine] dispose aussi d'une chambre de naissance qui n'est pas utilisée, ainsi que d'une infirmière sage-femme dont les compétences ne sont pas exploitées* (ville 4 -- 012).

Bien que les participantes estimaient que les installations de naissance — qu'elles soient ou non utilisées — dans bon nombre d'hôpitaux locaux pouvaient créer un lieu de naissance positif, elles ont aussi souligné le manque de compétences et de ressources technologiques nécessaires en cas d'urgence. L'absence de services pouvant pratiquer des césariennes et l'impossibilité d'obtenir un soulagement pharmacologique de la douleur ont été relevés par plusieurs comme la principale lacune des services locaux pour femmes en travail et devant accoucher. Bon nombre ont aussi déploré la non-disponibilité des services d'échographie durant la période prénatale et exprimé du même souffle le désir d'y avoir accès.

> *Je crois qu'il serait bon d'avoir ici du personnel qualifié pour faire des échographies. Les femmes n'auraient donc pas à aller à l'extérieur. Dans le cas par exemple de grossesse prolongée, il faut vérifier, n'est-ce-pas? Mais quelle femme veut se rendre à [autre localité] pour passer une échographie,*

> *lorsqu'elle est en retard? Quels sont les risques d'accoucher en route ou qu'un autre problème survienne* (ville 2 -- 010).

Pour d'autres participantes, au contraire, l'accès réduit à la technologie est en grande partie la raison qui les incite à accoucher dans leur milieu. De fait, l'impossibilité de pratiquer localement certaines interventions, comme les anesthésies péridurales, a été perçue par certaines comme un avantage, et non comme une raison d'aller accoucher ailleurs.

> *Et vous savez, j'ai accouché sans aucun anesthésique et je n'ai pas senti la différence. Quand on n'a pas d'autre choix, on ne se pose pas la question. La douleur est reléguée au second plan* (ville 1 – groupe de discussion).

Cette prise de conscience face à la pénurie de ressources locales a amené les participantes à parler des ressources humaines, ainsi que des défis que pose la prestation des soins d'obstétrique locaux. De nombreuses participantes ont fait remarquer que cet exode des femmes qui vont accoucher ailleurs se répercute également sur le niveau de confiance des médecins et des infirmières au sujet de leurs compétences en obstétrique, ce qui ajoute à la difficulté d'élaborer un scénario en vue du rétablissement des naissances locales. Une femme a déclaré ce qui suit :

> *Je crois que si les médecins et les infirmières avaient l'expérience du travail et de l'accouchement, même sans pratiquer de césariennes, la sécurité augmenterait... Je crois en effet qu'une des préoccupations a trait au manque d'expérience des médecins et des infirmières, car peu de bébés naissent ici à l'exception des cas difficiles qu'ils auraient préféré ne pas avoir à accoucher, comme [fille] qui est née prématurément - les médecins appréhendent les naissances prématurées et imprévues* (ville 4 -- 005).

Cette absence de soins d'obstétrique locaux amène les femmes à se familiariser avec le soutien auquel elles peuvent avoir accès ailleurs. Les femmes étaient ainsi bien au fait des diverses initiatives, comme les listes de logements et les listes centrales de ressources, mises en place dans les autres localités. Voici un des commentaires relevés :

> *Vous savez, [nom] participe actuellement à un projet qui vise à mieux coordonner l'ensemble de l'information afin de remplacer la pratique actuelle du « bouche à oreille » par une banque centrale d'information... c'est elle qui m'a donné une liste de doulas que je peux appeler quand je viens ici* (ville 4 -- 012).

Ressources périnatales dans les collectivités privées de services de maternité

Les participantes ont noté des changements dans les services prénatals et post-partum qui sont offerts, mentionnant entre autres les cours prénatals. Lorsque ces cours ne sont pas offerts localement, les stratégies de rechange consistent à recevoir des cours individuels par l'infirmière de santé publique locale ou à tenter d'avoir accès à des services ailleurs.

Participante : Je ne pouvais jamais m'inscrire, car il n'y avait jamais de cours qui était offert. Puis il y a eu un cours à [autre localité], mais la fin de semaine où ce cours a eu lieu... il y a eu une tempête de neige... C'est difficile de suivre des cours prénatals.
Intervieweur : Alors vous devez presque vous inscrire dès le moment où vous savez que vous êtes enceinte?
Participante : Ou même un an avant (ville 1 -- groupe de discussion)

Les femmes qui ont eu accès à un soutien prénatal et postnatal dans leur collectivité ont reconnu la valeur des soins communautaires offerts par exemple par la Ligue La Leche (une organisation vouée à la promotion et à l'enseignement de l'allaitement maternel).

Le fait d'avoir la Ligue La Leche apporte un soutien incroyable lorsque c'est le premier, mais aussi pour les autres... Nous pouvons assister aux cours prénatals. Ceci m'a permis de rester chez moi, bien confortable, à une période où vous n'aimez pas vraiment quitter votre milieu et vous retrouver dans un endroit inconnu (ville 4 – 012).

Un éventail de commentaires ont été exprimés au sujet des soins post-partum disponibles, la principale difficulté étant le manque d'infirmières en santé publique et l'accès difficile à ces ressources. Certaines femmes n'ont pas eu accès à des soins durant la période postnatale immédiate, et celles qui y ont eu accès ont jugé que ce soutien avait été important.

L'infirmière de santé publique est venue une semaine après mon retour à la maison. C'était la même infirmière qui était venue à la naissance de mon premier enfant, il y a 18 ans. Elle savait donc dès le départ que c'était mon quatrième enfant, mais elle a été très gentille. Comme toujours. Et elle m'a dit de ne pas hésiter à l'appeler pour vérifier le poids du bébé ou pour toute autre question... Je ne crois pas que cela s'était passé tout à fait comme cela la première fois, car à l'époque d'autres services étaient offerts ici; j'ai l'impression qu'aujourd'hui ils cherchent des moyens de compenser pour le manque de services, car l'infirmière m'a répété de ne pas hésiter à venir au centre de santé pour faire peser le bébé, pour lui parler ou si j'avais quelque autre inquiétude (ville 1 -- 007).

Où accoucher?

Les femmes qui vivent dans de petites villes isolées doivent décider de l'endroit où elles iront accoucher, en tenant compte des facteurs psychosociaux qui les incitent à vouloir accoucher dans leur milieu, de la difficulté à obtenir des soins adéquats et continus et des limitations connues des soins dispensés localement faute de ressources (y compris l'impossibilité de pratiquer des césariennes, en cas d'urgence). Dans un nombre croissant de collectivités, accoucher localement n'est même plus une possibilité, si la femme veut être prise en charge par le système de santé. Dans d'autres cas, accoucher localement demeure possible s'il n'y a pas complications durant la grossesse. Les femmes de cette étude ont tenu compte des variables précitées (désir, difficultés et conscience des ressources limitées) pour

guider leurs décisions en fonction de leur tempérament, de leurs besoins et de leur contexte familial, et en tenant compte aussi de l'interprétation du risque.

Examen du risque

La plupart des participantes font leur propre analyse des risques et des avantages liés au fait d'accoucher localement et, lorsque leur évaluation des risques l'emporte sur les avantages, elles décident d'aller accoucher ailleurs. Une participante a résumé ainsi les éléments qui ont été déterminants dans sa décision :

> *Il n'y a pas de service de soins intensifs ici... en fait, il n'y a ici aucun des services qui sont nécessaires lorsqu'un problème survient; il faut alors évacuer la patiente par Medivac, mais ceci prend trop de temps... le bébé peut mourir avant d'arriver au centre spécialisé* (ville 2 -- 002).

Cette autre participante a déclaré ce qui suit :

> *Et s'il y avait eu un problème; mon bébé aurait pu mourir. Je ne voulais pas que cela se produise : que se serait-il passé si ses poumons n'avaient pas été suffisamment développés ou s'il y avait eu une autre complication. C'est pourquoi j'ai décidé d'aller accoucher à [autre localité]* (ville 2 -- 002).

Pour bien des participantes, le risque de devoir être transférées durant le travail en était un qu'elles n'étaient pas disposées à prendre, les craintes liées au transfert étant à la fois d'ordre physique et social. Cette participante estimait par exemple que le temps de transfert entre les deux collectivités était trop long :

> *Il était hors de question pour moi que je sois transférée à l'hôpital par ambulance ou par hélicoptère. Je ne voulais donc pas accoucher ici à [ma localité], même si cela avait été possible, car je ne voulais pas du tout être transférée. Je n'ai pas du tout confiance au processus de transfert; il a fallu trois heures pour qu'une personne que je connais soit transférée de l'hôpital de [ma localité] à l'hôpital de [autre localité], alors qu'en temps normal ce trajet prend deux heures et demie. Je trouve que le temps de transfert est trop long* (ville 4 – 002).

Considération des risques sur le plan social

Une autre participante a insisté sur la perturbation des liens sociaux qui se produirait, si elle devait être transférée durant le travail, invoquant plus précisément la rupture du réseau de soutien que se serait créé durant le travail.

> *J'avais toujours à l'esprit cette possibilité que je sois transférée à [autre localité] et c'est un risque que je voulais éviter à tout prix ... J'ai pensé à la sécurité... ce qui se produirait si soudainement, durant le travail, je devais être transférée dans un autre centre où tout serait nouveau. Où vous ne connaissez pas les infirmières, même si elles ont passé les quelque six à huit*

dernières heures avec vous. C'est bien d'avoir à ses côtés des figures familières (ville 1 -- 011).

En définitive, toutefois, ce que craignaient la plupart des participantes – advenant un transfert durant le travail – c'était d'accoucher ailleurs — seule.

J'ai un couple d'amis dont la femme a tenté d'accoucher ici, mais elle a dû être transférée par hélicoptère ... alors qu'elle était dilatée à 10 cm et qu'on lui disait de ne pas pousser, et son partenaire n'a même pas pu l'accompagner. Elle est partie seule avec une équipe médicale qu'elle ne connaissait pas et a accouché par césarienne seule – je crois que c'est une expérience épouvantable (ville 2 -- 010).

Formulaire de consentement
Certaines collectivités visées par notre étude ont élaboré un formulaire de consentement que doivent signer les femmes qui envisagent d'accoucher localement et qui les informe des risques potentiels connus associés à l'accouchement dans un lieu où ne se pratiquent pas de césariennes. Bien que conçu comme moyen d'obtenir un consentement éclairé, ce formulaire a été vu, par bien des participantes, comme l'élément catalyseur de leur décision d'aller accoucher ailleurs. Et cet effet a été attribué à la forme utilisée pour communiquer l'information ainsi qu'à son contenu. En effet, un grand nombre de participantes ont interprété cette obligation de signer un formulaire, comme une indication que ce qu'elles voulaient faire — c.-à-d. accoucher dans leur milieu — était contraire à la pratique courante et exigeait une autorisation particulière. Pour un grand nombre, cela laissait même croire qu'accoucher localement était en soi une proposition risquée. Les femmes consultées lors de notre étude ont trouvé que le contenu du formulaire était accablant et qu'il n'offrait pas une analyse pondérée des risques et des avantages que bon nombre d'entre elles auraient souhaité obtenir. Une participante a décrit ainsi le lien entre le formulaire de consentement et sa décision de quitter la collectivité.

Je crois que ma décision [de quitter la collectivité]est venue en grande partie du fait qu'ils m'ont demandé de signer un formulaire parce que j'avais l'intention d'accoucher ici; or ce formulaire contenait tellement d'information, précisant par exemple le risque de ne pas pouvoir être transférée assez vite s'il y avait une complication, car il faut une heure avant que les services d'évacuation médicale arrivent. J'étais inquiète pour mon bébé. Ce n'était pas en raison des coûts, ou parce que je souhaitais avoir une anesthésie péridurale. Je voulais tout simplement éviter que la vie de mon bébé soit en danger, car il est vrai que le transfert prend du temps ... si vous devez subir une césarienne sans tarder mais que vous devez attendre une heure, deux heures ou même plus. Je voulais éviter cela à tout prix, au cas où il y aurait des séquelles pour mon bébé (ville 2 -- 002).

Influence des dispensateurs de soins
Presque toutes les participantes ont reconnu l'influence qu'avaient eue les dispensateurs

de soins dans leur décision concernant le lieu et la manière d'accoucher. Les femmes ont également reconnu que cette influence avait été basée sur la nécessité d'obtenir de leur part un choix et un consentement éclairés, à la lumière des renseignements disponibles. Cependant, comme dans le cas du formulaire de consentement, les femmes ont eu l'impression que la présentation des risques associés à l'accouchement local avait empêché un examen des avantages. Or cette présentation obligatoire des risques connus, sans parler des avantages, engendre la peur,comme l'a exprimé cette participante :

> *Les médecins alimentent la peur, en particulier si c'est votre premier bébé – ils vous parlent de toutes les complications qui pourraient survenir* (ville 2 – 010).

Parfois, la crainte ressentie par les participantes était une conséquence directe des statistiques qui leur étaient présentées sur les issues défavorables possibles et un grand nombre ont vu un lien entre cet exposé de données et la contrainte de choisir un type de soins particuliers (p. ex. quitter la collectivité). Une participante a ainsi déclaré ce qui suit :

> *Il y a dix-huit ans, j'ai subi ma première césarienne ici. Mon deuxième accouchement devait se faire par voie naturelle, mais lorsque je suis allée voir le spécialiste, il m'a dit que la probabilité de rupture de l'utérus était de un sur 200. Un sur 200, me suis-je dit! Non, je ne veux prendre aucun risque. J'ai donc demandé une césarienne* (ville 1 -- 007).

D'autres ont souligné la vulnérabilité de certaines femmes, et parfois même la leur, face à ce qu'elles qualifient de tactiques utilisées par les dispensateurs de soins pour amener les femmes à opter pour des traitements particuliers en leur exposant les risques.

> *Et quand je pense aux jeunes femmes. . . moi, j'ai beaucoup d'expérience. J'ai appris beaucoup de choses au fil des ans, des stratégies d'adaptation qui m'ont aidé à me rendre où je suis aujourd'hui. Quand je pense aux effets qu'aurait sur moi, si j'avais 15 ou 17 ans, cette attitude antagoniste ... on pourrait même dire tyrannique ... des médecins. Insister de la sorte en invoquant leurs connaissances professionnelles – ils ont presque réussi à me faire changer d'avis et, pourtant, j'ai une grande force de caractère. J'étais bien déterminée et j'ai presque changé d'avis* (ville 4 -- 006).

Décision d'aller accoucher ailleurs

Les participantes qui décident d'accoucher ailleurs doivent alors choisir où elles iront accoucher. Pour la plupart d'entre elles, cette décision a été fondée sur les critères suivants :

- présence de membres de la famille élargie ou d'ami(e)s;
- possibilité d'obtenir un hébergement adéquat et abordable;
- technologies disponibles;
- réputation de l'établissement et du personnel y travaillant, et

- possibilité d'établir un lien continu avec un dispensateur de soins, durant les années de procréation.

Lorsque la participante pouvait compter sur des ressources familiales et communautaires dans l'autre localité, la transition était alors plus facile que lorsqu'elle était isolée de tout réseau de soutien :

> *J'ai vécu à [autre localité] pendant plusieurs années; j'y ai donc beaucoup d'amies... De plus, je connais cette localité très bien, alors je ne me suis pas vraiment ennuyée. Je ne sais pas si cela se serait passé aussi bien, si je n'y avais pas déjà habité. J'ai de la compassion pour toutes ces femmes qui partent, sans connaître personne et sans avoir aucun endroit où aller. Dans mon cas, ce fut facile* (ville 2 -- 016).

Après avoir examiné les ressources sociales, la plupart des femmes appuient principalement leurs décisions sur leur connaissance ou la réputation des dispensateurs de soins.

> *J'ai décidé d'accoucher à [nom de la localité], parce qu'on ... m'a dit qu'il y avait de bons médecins* (ville 2 – 002).

Implicitement liée à la réputation du dispensateur de soins est sa capacité de pouvoir suivre la femme pendant sa grossesse et au moment de l'accouchement. Faisant référence à ce critère, une femme a parlé de la « stabilité », classant ce critère parmi les principaux facteurs influençant sa décision.

> *Au début, environ trois médecins différents m'ont suivie pendant ma grossesse, puis j'ai décidé de consulter un médecin qui m'avait été recommandé à [localité voisine], car la situation des médecins ici est telle qu'on se demande toujours qui sera présent et ce qui se passera au moment de l'accouchement. C'est pourquoi j'ai décidé d'aller à [localité voisine], car la situation semblait plus stable* (ville 2 -- 010).

Un autre facteur important pour les femmes de l'étude est la réputation de l'hôpital, cette information leur étant souvent communiquée par le réseau local de femmes ayant déjà accouché à cet endroit. La disponibilité et le soutien apporté par le personnel infirmier, de même que la propreté de l'hôpital, figurent parmi les principaux critères de choix. Certaines tiennent compte également des politiques et des pratiques de l'hôpital en fonction de leurs attentes et de leurs besoins au moment de la naissance.

> *Je voulais accoucher à [autre localité]. J'ai choisi cet endroit, parce qu'une de mes amies, qui avait fait des recherches pour trouver un hôpital dont les politiques lui permettraient de se déplacer aussi librement que possible durant le travail, avait choisi cet hôpital. J'ai donc décidé moi aussi d'aller y accoucher* (ville 4 -- 002).

Recevoir des soins dans une autre localité

Un grand nombre de participantes ont reçu des soins en dehors de la collectivité, que ce soit à cause de l'absence de services de maternité locaux, de l'impossibilité d'avoir accès à des soins ou de leur préférence d'accoucher dans un endroit disposant des ressources nécessaires en cas d'urgence. Quelle que fut la raison, le résultat fuit le même : bien des femmes ont dû recevoir des soins en dehors de leur milieu. Les paragraphes qui suivent traitent des différents aspects des soins, de la logistique que requiert l'organisation des soins (en particulier en regard des enfants et des partenaires) et des répercussions financières d'un accouchement à l'extérieur de sa collectivité.

Expériences des soins médicaux

L'expérience de l'accouchement en dehors de son milieu n'a pas été vécue de la même façon par toutes les participantes. De façon générale, les expériences positives ont davantage été associées aux naissances survenant dans des localités situées non loin du lieu de résidence de la femme, alors que les expériences négatives se sont produites surtout lorsqu'une grande distance séparait les deux localités. L'accès aux dispensateurs de soins est un autre facteur qui a contribué au caractère positif de l'expérience vécue :

> *Je suis vraiment satisfaite de la manière dont les choses se sont déroulées. Au début, je craignais la distance à parcourir, mais finalement ce ne fut pas si difficile de faire la navette. De plus, chaque fois que j'avais besoin de voir le médecin, elle réussissait toujours à me passer entre d'autres patients. Elle est vraiment extraordinaire pour cela* (ville 1 -- 010).

La qualité de l'expérience a aussi été associée au temps passé loin de la maison : plus le séjour est court, plus l'expérience a des chances d'être positive. Une telle corrélation risque toutefois de donner lieu à des stratégies visant à réduire au minimum le temps passé en dehors de son milieu, par exemple en planifiant la date et l'heure de la naissance, par le déclenchement volontaire du travail et le choix d'un accouchement par césarienne. De fait, une participante a eu recours à cette stratégie pour apaiser son anxiété à l'idée de quitter sa famille et son milieu pendant une période prolongée.

> *Lorsque j'ai consulté le médecin, il m'a demandée : « Et bien, que puis-je faire pour vous aider? » Comme j'étais vraiment très bouleversée à ce moment là, je lui ai répondu : « J'aimerais que vous me fixiez une date pour déclencher le travail, afin que je puisse venir ici pour accoucher puis retourner rapidement chez moi »* (ville 4 -- 011).

Plusieurs autres ont dit avoir envisagé une césarienne, même en l'absence d'indications médicales :

> *Nous avons même envisagé de demander une césarienne, afin de connaître la date de l'accouchement; je n'aurais eu qu'à me rendre la veille, passer trois à quatre jours à l'hôpital, puis à revenir à la maison, et ainsi échapper à toute cette attente et incertitude. Mais cela signifiait également devoir subir*

> *une intervention majeure, puis avoir à se rétablir avec un nouveau-né... et un enfant de trois ans. Je ne voulais pas aller là-bas, alors ils vont essayer de cette façon-là* (ville 4 -- 012).

Pour une autre participante, la décision d'avoir une césarienne volontaire plutôt que de tenter un accouchement par voie vaginale après une césarienne, a été motivée par le côté pratique de la césarienne :

> *Intervieweur : Vous avez eu une césarienne, et à votre deuxième grossesse ...*
> *Participante : J'avais décidé d'avoir une césarienne, à cause du transport, de l'attente, de l'hôtel. Cette fois-ci, mon bébé devait naître à [autre localité] et il était plus pratique de savoir à l'avance à quel moment je devais venir en ville* (ville 4 -- 004).

Une autre participante a commenté de façon positive le fait d'avoir une césarienne, ceci ayant facilité les déplacements :

> *J'ai travaillé jusqu'au jour précédant la date prévue, puis je me suis rendue là-bas... c'était comme une progression naturelle; partir, avoir le bébé puis revenir à la maison. Je suis revenue à la maison trois jours après... c'était ma troisième césarienne. Je savais donc à quoi m'attendre* (ville 4 -- 004).

Pour certaines participantes, toutefois, même l'accès aux soins, la possibilité de prévoir la date et la continuité des soins n'ont pu compenser pour les inconvénients majeurs d'avoir à se déplacer pour obtenir les soins nécessaires.

> *J'ai dû aller à [autre localité]pour toutes mes consultations prénatales. . . Quel ennui!. . Le seul moyen pour moi d'y arriver est de vivre ici avec mes parents. J'ai une voiture mais je ne l'utilise pas; je prends la voiture de mes parents pour me rendre* (ville 1 -- 007).

Expérience des soins non médicaux

Bien des participantes ont souligné le fait que, pour les femmes disposant de peu de ressources financières et autres, les choix quant à l'endroit où aller et au type de soins sont limités et ils l'ont été vraiment, pour les participantes de notre étude disposant de peu de moyens, comme en témoigne le commentaire suivant :

> *Ce sont les femmes plus pauvres qui sont les plus pénalisées. Car... elles doivent choisir de rester ici. En fait, elles n'ont pas le choix. Elles doivent rester ici et risquer d'avoir à partir en toute hâte, car elles n'ont tout simplement pas les moyens d'aller séjourner quelque temps là-bas. Et elles se retrouvent alors privées de tout soutien* (ville 4 -- 012).

Trouver un logement adéquat dans une autre localité fut un problème pour la plupart des participantes, mais plus particulièrement pour celles ayant d'autres enfants. Un grand nombre ont déploré le caractère inadéquat des logements, qui ajoute au stress et à l'anxiété

ressentis vers la fin de la grossesse, et bon nombre ont exprimé le souhait — et le besoin — d'avoir accès à des hébergements communautaires dans les collectivités vers lesquelles elles sont dirigées.

Je crois qu'il serait vraiment bien... et c'est probablement un de mes plus grands souhaits, que des endroits soient aménagés pour les femmes... car lorsque vous en êtes rendue à votre neuvième mois de grossesse... Moi, j'ai accouché en août; il faisait chaud, j'étais grosse et j'avais deux adolescents... en plus d'un bébé d'un an et demi coincés dans une chambre d'hôtel — J'étais sur le point de craquer. Vraiment. Il serait bon d'avoir un endroit pour relaxer, pour préparer les repas, un endroit où les enfants pourraient regarder la télévision... même s'il n'y avait que quelques endroits de ce genre, car finalement il n'y a pas tant de femmes qui accouchent en même temps. Ce serait très agréable (ville 2 -- 016).

Problèmes familiaux

La parité, ou le nombre d'enfants, est un autre facteur qui influe sur le stress ressenti par la femme qui doit aller accoucher ailleurs. Voilà un sentiment qui a été ressenti par bien des participantes, à la naissance de leur premier enfant dans une autre localité :

Avec un deuxième bébé, je crois que cela serait un peu plus difficile de partir, car il faudrait alors trouver quelqu'un pour s'occuper de [fille] et qu'il serait difficile de quitter de la maison (ville 4 -- 005).

Les femmes qui ont vécu l'expérience de la naissance d'un autre enfant ont vraiment senti la différence pour elles et leur partenaire et pour la création des liens avec le bébé :

Et...ce fut pour lui une expérience tellement différente de celle vécue lors de la naissance de [fille]. Lorsque [fille] est née, il laissait les enfants plus vieux à mes parents ou à ses parents puis il venait passer deux heures à l'hôpital, en regardant un film, en tenant le bébé dans les bras. Cette fois-ci, les liens affectifs ont été un peu plus longs à se créer (ville 4 – 011).

Les participantes qui avaient d'autres enfants devaient aussi prévoir qui s'en occuperaient durant leur absence. Lorsque les enfants doivent rester sur place (habituellement, pour aller à l'école ou à cause d'autres obligations sociales), la mère doit prendre des dispositions pour la garde des enfants. Même lorsque tout avait été organisé, le fait de laisser son enfant a eu un effet profond sur la plupart des participantes.

Intervieweur : Comment cela s'est-il passé lorsque vous avez dû laisser [fils] ici?
Participante : Ce fut la nuit la plus troublante de ma vie. ... C'est pourquoi j'ai voulu revenir chez moi rapidement (ville 1 -- 010).

Lorsque les enfants accompagnent leur mère ou leurs parents pour la naissance, d'autres problèmes se posent également, pour ce qui est de satisfaire à leurs besoins physiques et sociaux.

> *Lorsque vous êtes ailleurs, vous finissez pas manger chez McDonald's ou un autre endroit du genre, car qui peut cuisiner dans une chambre d'hôtel... vous avez les moyens de louer seulement une chambre... avec deux lits et un petit réfrigérateur. Il n'y avait pas de cuisinette ni autre commodité du genre... alors lorsque les enfants sont ici, ils se nourrissent mal, ils restent éveillés une partie de la nuit; ils dorment tous dans le même lit... De plus, il n'y a rien à faire dans une chambre d'hôtel; vous devez vous en occuper toute la journée, ce qui est épuisant. Quand je pense à mon pauvre mari qui était seul, dans une chambre d'hôtel, avec quatre enfants* (ville 4 -- 011).

Dans bien des cas, les partenaires ne peuvent aller rejoindre leur femme que lorsque la naissance est imminente, à cause de leur travail, et ceci a habituellement des conséquences négatives, à la fois pour la femme qui accouche et ses autres enfants. Une femme a raconté la difficulté qu'elle avait eu à expliquer à son jeune enfant pourquoi son papa ne les avait pas accompagnées.

> *Pourquoi papa n'est pas ici? Pourquoi il ne peut pas venir coucher ici le soir. Chaque jour, c'était la même histoire; il commençait à me demander l'heure à partir de midi environ et il me demandait à quelle heure son papa allait arriver. Son absence était difficile pour moi aussi, car son père a l'habitude de s'occuper de lui après le souper. Ils vont s'amuser dehors ou font autre chose pendant une heure ou deux. C'est pour eux un moment spécial... et aussi pour moi, car j'ai alors une heure ou deux. Ces moments sont très précieux. Mais je dois m'en passer maintenant, durant les deux dernières semaines, alors que cette aide vous serait tellement utile* (ville 4 -- 012).

Cependant, lorsque les partenaires sont en mesure d'accompagner leurs femmes, il y a alors d'autres problèmes — habituellement d'ordre financier — qui se posent et qui se répercutent directement sur l'expérience de la naissance.

> *Vous savez, cela occasionne des coûts de venir ici. Mon mari ne travaille pas pendant ce temps et les enfants ne vont pas à l'école. De plus, ma mère a d'autres choses à faire que de s'occuper de moi. Il y a donc tout ce stress qui s'ajoute, et qui ne fait qu'augmenter si votre grossesse se poursuit jusqu'à 41 ou 42 semaines et que vous n'êtes pas chez vous* (ville 4 -- 002).

La plupart des participantes ont souligné la situation difficile de leur partenaire, qui tentait à la fois de satisfaire aux besoins de l'enfant ou des autres enfants plus vieux, de créer des liens avec le nouveau bébé et d'aider sa femme qui vient d'accoucher.

> *Il y avait tout ce stress créé par l'attente et l'anticipation, combiné au fait d'avoir à s'occuper des enfants, à les amener à l'hôpital, à leur trouver quelque chose à faire, à les faire lever à 6 h le matin et les mettre au lit à 23 h, à endurer leurs sautes d'humeur et leur fatigue – tout cela alors que ce qu'il aurait vraiment aimé faire, c'aurait été de venir à l'hôpital et de prendre le bébé dans ses bras. Mais ce n'était pas possible* (ville 4 -- 011).

Ressentiment d'avoir à quitter son milieu

Outre les dispositions à prendre et la logistique, bien des participantes ont indiqué que, pour elles, aller accoucher ailleurs est fondamentalement mauvais.

> *Nous ne devrions pas avoir à quitter notre milieu pour nous rendre à l'autre bout de l'île à 40 semaines de grossesse, pour aller accoucher. Le trajet pour ce rendre à [autre localité] est long – en particulier pour une femme enceinte* (ville 4 -- 011).

Répercussions financières

Toutes les participantes qui avaient eu à accoucher en dehors de leur milieu ont parlé les problèmes financiers que cela causait. Qui plus est, les coûts ne se limitent pas aux frais de transport, de nourriture et d'hébergement, mais englobent aussi les frais connexes comme les appels téléphoniques à la maison et le désir de profiter des ressources qu'offre la ville — et qui souvent ne sont pas disponibles dans leur milieu. Une participante a parlé des coûts qu'elle avait eu à assumer pour tenir son partenaire et sa famille informés de son état, en attendant la naissance.

> *Bien sûr, j'ai appelé mon conjoint tous les jours pour lui dire comment ça allait, et aussi ma famille, et ça nous a coûté plus de 200 $ en frais de téléphone, uniquement pour les informer et annoncer la naissance du bébé. Et les coûts auraient été encore plus élevés si j'avais eu à payer une chambre d'hôtel. Car, vous savez, deux semaines à l'hôtel* (ville 2 -- 002).

Une participante, qui avait eu accès à des ressources financières, a indiqué que, même pour elle et sa famille, les coûts avaient été presque prohibitifs.

> *Je suis bien placée pour en parler, car j'avais les moyens de m'y rendre. Mais personne en fait n'a les moyens d'y aller; on vous demande d'arriver deux semaines avant la date prévue de l'accouchement et le séjour peut se prolonger, si vous n'accouchez pas à la date prévue – tout ceci représente une grosse dépense. Donc même si vous en avez les moyens, cela fera un trou dans votre budget. À mon avis, personne n'a les moyens de partir pendant deux à quatre semaines* (ville 4 -- 002).

Diminution des soins d'obstétrique locaux

Bien des femmes interrogées ont déclaré que la prestation des soins d'obstétrique ne répondait pas à leurs besoins. Cette carence s'est répercutée bien sûr sur les femmes et les soins auxquels elles ont eu accès, mais aussi sur leurs décisions concernant les grossesses futures et sur l'ensemble de la collectivité. Une des conséquences a été la propension de certaines femmes à vouloir déterminer la date de l'accouchement, en optant pour le déclenchement volontaire du travail et pour une césarienne, afin de limiter le plus possible le temps passé à l'extérieur. Parmi les autres conséquences, mentionnons les naissances à domicile sans assistance, le report de la grossesse ou encore le déménagement pur et simple, afin d'avoir accès à de meilleurs soins. Cette dernière option a été envisagée par cette participante :

> *Il est possible que je déménage... Ce qui serait vraiment triste. Mais je ne voudrais avoir à revivre cette expérience... À cause de l'absence de soins prénatals... Je crois que je déménagerais... J'ai peu confiance au système médical, surtout lorsqu'on constate certaines décisions qui ont été prises ici* (ville 4 -- 006).

Une autre a déclaré qu'elle et son partenaire n'auraient pas eu d'enfant s'ils avaient su qu'il était impossible d'avoir accès à des soins de maternité ici.

> *Si nous avions su que je devais aller accoucher dans une autre localité... il est certain que nous aurions attendu qu'ils ramènent les soins de maternité ici, avant d'avoir un autre enfant* (ville 4 -- 011).

Une faible minorité de participantes ont dit avoir entendu parler de femmes qui avaient accouché chez elles ou qu'elles-mêmes y songeaient ou l'avaient fait. Or contrairement aux femmes qui accouchent chez elles sans aide, pour des raisons politiques ou idéologiques alors que d'autres options leur étaient offertes, les femmes de cette étude qui ont eu recours à cette option l'ont fait, faute d'autre choix. Une participante a raconté l'expérience d'une de ses amies.

> *Une de mes amies attendait son deuxième enfant; le premier accouchement s'était passé sans problème, alors elle a décidé d'accoucher à la maison, pour son deuxième enfant. Son médecin a refusé de continuer de la voir lorsqu'elle l'a informé de ses intentions; elle s'est donc retrouvée encore plus seule. Elle a manqué de soins de maternité, uniquement parce que les médecins n'étaient pas d'accord ... avec son choix* (ville 4 -- 012).

Les participantes ont admis que l'absence de soins dans la région aurait des conséquences à long terme sur l'ensemble du système. Ainsi, certaines ont indiqué comment l'absence de soins dans la région les avait incitées à trouver un dispensateur de soins à l'extérieur, qu'elles avaient l'intention de continuer à voir, même si la situation locale changeait. C'est le cas notamment de cette participante qui a consulté une sage-femme agréée d'une autre

localité et qui a déclaré qu'elle continuerait de la consulter lors des grossesses futures, car il s'était créé entre elles des liens très forts.

> *Je crois que s'il y avait une sage-femme ici... le choix serait difficile, car j'ai établi de bons liens avec ma sage-femme... J'aime vraiment mes visites chez elle... et j'aime l'idée que la même personne m'assiste pour tous mes accouchements... Donc, s'il y avait une sage-femme ici, le choix serait vraiment difficile. Je ne sais pas ce que je ferais.* (ville 2 -- 012).

Cette impression fut partagée par d'autres participantes qui, elles, avaient établi des liens avec des médecins d'autres localités.

> *À dire vrai, je garderais le... médecin de [autre localité], car je l'aime bien. Quant aux médecins ici... je ne crois pas que je voudrais être traitée ici à l'hôpital, par ces médecins. Mais si mon médecin venait ici, alors ça changerait tout* (ville 1 -- 010).

Intégration des soins

Les femmes consultées pour cette étude ont exprimé des opinions bien arrêtées, à la fois sur la capacité limitée du système actuel de soins de répondre à leurs besoins en obstétrique et sur les changements nécessaires pour y satisfaire. Un autre élément qui est clairement ressorti de ces discussions est la volonté des femmes d'avoir le choix en matière de soins, et plus particulièrement d'avoir accès à des sages-femmes. Bien qu'aucune des localités que nous avons visitées n'offrait les services de sages-femmes agréées, de nombreuses participantes ont déclaré avoir eu recours aux soins de sages-femmes dans d'autres localités, parfois même dès les visites prénatales en début de grossesse. D'autres participantes, qui pouvaient difficilement quitter leur milieu pour obtenir des soins ailleurs, ont trouvé des solutions de rechange qui témoignent de leur intérêt pour des soins par des sages-femmes. Cette participante, par exemple, a tenté de recruter une sage-femme pour sa collectivité.

> *J'étais déterminée à accoucher chez moi; j'ai donc contacté une sage-femme. En fait, j'ai commencé par contacter la B. C. Midwifery Association pour savoir si un de leurs membres serait disposée à venir à [nom de la localité] autour du [date]; j'étais prête à ramasser les sommes nécessaires pour défrayer le voyage afin qu'une sage-femme puisse venir ici pour m'assister durant la naissance* (ville 4 -- 006).

Les femmes qui ont établi un lien avec une sage-femme agréée d'une autre localité ont eu recours à plusieurs stratégies pour tenter de réduire les problèmes causés par les déplacements nécessaires pour les soins prénatals, par exemple en faisant des consultations par téléphone, en prolongeant l'intervalle entre chaque visite prénatale à cinq semaines, plutôt que quatre, et en fixant les rendez-vous à des périodes plus propices aux déplacements, p. ex. la fin de semaine. De plus, les femmes qui obtenaient leurs soins prénatals dans leur localité transmettaient souvent à leur sage-femme une copie de leur dossier par télécopieur. Une participante a résumé comme suit les stratégies utilisées :

> *Les consultations peuvent se faire par téléphone ou vous pouvez espacer les visites tous les dix jours, au lieu d'une fois par semaine. Je tentais de faire coïncider les visites avec d'autres déplacements prévus à cet endroit. Je me compte chanceuse, car je n'ai pas eu de problème à me rendre de l'autre côté de l'île. Dans mon cas, donc, ce ne fut pas trop difficile et j'ai tenté de faire coïncider mes déplacements. Nous nous rendions à [autre localité] les jours de congé, et elle nous recevait. C'était vraiment bien car elle acceptait de nous recevoir le soir ou la fin de semaine, de sorte que mon mari a pu lui aussi participer. Il travaille dans un camp de bûcherons et il ne revient que la fin de semaine. . Il part très tôt le lundi matin (4 h 30) et il ne revient que le vendredi soir, vers 19 h; il lui serait donc impossible de participer à ma grossesse si j'étais suivie par un médecin de famille* (ville 4 -- 002).

Les participantes qui ont fait appel aux services d'une sage-femme d'une autre localité ont eu droit à des réactions mixtes de la part de leurs praticiens locaux; certains sont demeurés disponibles, mais d'autres ont cessé de voir la patiente. Une participante a parlé de la collaboration qui s'est créée entre son médecin et la sage-femme de l'autre localité.

> *[Mon médecin] a appuyé mon choix [de consulter une sage-femme]... Il est originaire d'Afrique du Sud et c'est ainsi qu'il a obtenu sa formation... par l'entremise des sages-femmes... Les deux se sont entendus que, s'il y avait un problème et que je devais être vue par quelqu'un dans la région, ils se consulteraient. Il n'a pas semblé y avoir de problème à ce que les deux collaborent ensemble... C'est ce que j'ai fait jusqu'au cinquième mois, puis à partir de ce moment-là j'ai décidé de voir uniquement la sage-femme pour toutes mes visites prénatales; cependant, je pouvais continuer de le consulter s'il y avait un problème, car c'est notre médecin de famille* (ville 4 -- 002).

D'autres dispensateurs locaux ont montré plus de réticence à rester disponibles pour les soins prénatals car, en vertu des modalités provinciales de financement, une femme doit consulter, soit une sage-femme, soit un médecin, mais non les deux pour les soins prénatals de routine.

> *Je lui ai demandé si je pouvais le consulter pour un examen de routine, mais il m'a dit que je ne pouvais pas, parce que quand une femme commence à consulter une sage-femme, c'est elle qui touche la rémunération jusqu'au moment de l'accouchement... Alors je lui ai dit, mais qu'est-ce que c'est que ce système? Cela signifie que si je n'ai pas les moyens de me rendre chez la sage-femme, vous n'accepterez même pas de me recevoir pour être certain que tout va bien?...C'est vraiment un problème... pour les femmes qui souhaitent être suivies par une sage-femme... ils ne veulent pas de sage-femme ici. J'étais vraiment en colère; de plus, vous êtes pénalisées si vous choisissez une sage-femme mais que vous n'avez pas les moyens de faire continuellement la navette. La situation est vraiment déplorable* (ville 4 -- 006).

Lorsqu'il n'y a pu y avoir de collaboration entre le médecin et la sage-femme de l'autre localité, certaines participantes ont souffert d'un manque de soins prénatals, car des problèmes financiers ou d'ordre logistique les empêchaient de quitter leur localité, en particulier vers la fin de la grossesse alors que la fréquence des consultations augmente. Voici les propos d'une participante :

> *Ma grossesse arrivait à terme et j'aurais dû me rendre toutes les deux semaines. Je n'étais pas encore rendue à des visites hebdomadaires mais, cela approchait; je n'avais pas consulté le médecin et je n'étais pas allée chez la sage-femme depuis quelque temps, car je n'avais pas d'argent* (ville 4 -- 006).

Doulas

En plus des sages-femmes, plusieurs femmes ont indiqué qu'elles aimeraient obtenir les services de doulas pour les accompagner à la naissance, que ce soit dans leur milieu ou dans une autre localité. Dans le premier cas, les participantes ont déclaré que ce soutien additionnel durant le travail viendrait compléter le support obtenu des infirmières, sur une base continue ou intermittente, selon le nombre de patients. Dans le deuxième cas, les participantes ont vu l'avantage suivant d'être accompagnées d'une doula :

> *Nous cherchons à obtenir les services d'une doula, afin que je ne sois pas toute seule, car selon la période où je serai en travail et suivant l'endroit où se trouvera alors mon mari — il lui faut parfois huit heures avant d'arriver ici -- il pourrait donc ne pas être en mesure d'arriver assez vite* (ville 4 -- 012).

Questions soulevées par les femmes autochtones et des Premières Nations

Un grand nombre de femmes autochtones et des Premières Nations ont participé à cette étude, dans le cadre des entrevues et des groupes de discussion. Leurs récits ont témoigné d'une manière éloquente, et d'une manière différente des participantes non autochtones, de l'importance qu'elles accordent à la naissance locale. Les différences entre les expériences vécues par ces deux groupes tiennent essentiellement à l'importance que les Autochtones accordent aux liens familiaux et communautaires. En effet, même si un grand nombre de femmes non autochtones ont manifesté elles aussi une grande appartenance à leur collectivité, et que certaines entretiennent des liens qui remontent à plusieurs générations, les événements de la vie créent, entre les femmes autochtones et des Premières nations et les membres de leur famille immédiate et élargie, des liens d'une force particulière :

> *Il suffit de penser aux liens qui se créent ici et non à [autre localité] et bien sûr au soutien de la collectivité. Cet aspect est celui qui a le plus influencé ma décision. Il y a tellement de gens ici qui partagent cet esprit communautaire. L'essence même de notre culture, la culture des Premières Nations, repose sur la collectivité et les réseaux de soutien* (ville 4 -- 006).

Lié à cette importance de la naissance dans la collectivité était le désir manifesté par bon nombre de femmes autochtones et des Premières Nations que leur enfant naisse sur les terres traditionnelles de leur peuple

> *Oui, parce que son patrimoine est ici. [Nom] est d'origine à la fois Tsimshian et Haida et il était très important qu'il naisse ici sur l'île, là où se trouve sa famille* (ville 2 -- 007)

Les autres différences notées entre les expériences vécues par les femmes autochtones et non autochtones sont imputables à la combinaison des déterminants sociaux qui ont une incidence sur l'expérience de la naissance, notamment les ressources financières moindres et les situations sociales complexes. Même si les femmes autochtones et des Premières Nations des régions rurales reçoivent une aide financière sous forme d'indemnités de voyage, lorsqu'elles doivent obtenir des soins médicaux – y compris des soins prénatals – en dehors de leur localité, cette aide est pour la femme seulement et elle ne tient pas compte des coûts occasionnés par la nécessité d'amener — ou de laisser derrière — d'autres membres de la famille, comme les autres enfants ou les parents. Dans certains cas, la femme avait l'impression d'avoir à choisir entre deux maux, soit quitter la collectivité à 36 semaines mais revenir avant la naissance soit ignorer complètement la recommandation de partir. Cette dernière option est celle qu'ont choisie deux participantes à cette étude, dont l'une avait l'intention d'accoucher à la maison sans aide (professionnelle). Elle a demandé à des amies de l'accompagner à la naissance et de lui apporter un soutien, et l'une d'entre elles a demandé conseil aux aînées de la communauté. Les aînées l'ont renseignée sur des pratiques traditionnelles et cela a apaisé les craintes du groupe de soutien

> *Deux personnes étaient vraiment nerveuses. L'une d'elles était tellement nerveuse qu'elle ne voulait pas prendre le risque, et c'est ce qu'elle a fait. L'autre était aussi très nerveuse, mais elle est allée parler avec des aînées qu'elle connaissait, des enseignantes et des aînées qui lui ont parlé de certaines pratiques traditionnelles des sages-femmes, avant l'arrivée des médecins. Alors elle a accepté d'assister, mais seulement si je lui donnais l'assurance que je me sentais vraiment en bonne santé. Alors c'est ce que nous avons fait* (ville 4 -- 006)

La participante a accouché chez elle, sans complications

Sommaire

Les participantes à cette étude, qui nous ont fait part de leurs expériences à la naissance, ont décrit la réalité des soins d'obstétrique dispensés en milieu rural, dans cette période marquée par une diminution des ressources. Cette réalité se distingue entre autres par le stress ressenti par les femmes face à l'incertitude quant au type de soins disponibles, la difficulté de maintenir un dispensateur de soins sur une base continue, ainsi que les problèmes financiers pour les femmes obligées d'obtenir des soins dans une autre localité. Les participantes ont également souligné l'importance des naissances pour une collectivité et parlé de leur désir d'accoucher dans leur milieu, tout en étant conscientes des risques et de la place qui est

accordée à l'évaluation des risques, ainsi que des répercussions de l'emplacement géographique sur l'accès aux soins. Bien des femmes ont également exprimé le souhait d'obtenir les soins d'une sage-femme. Enfin, les participantes autochtones ont fait mention de problèmes particuliers en matière d'accès aux soins et des répercussions de l'absence d'accès local.

La disparition des naissances dans une collectivité a d'importantes conséquences psychosociales que l'on commence à peine à comprendre, mais qui ont probablement des répercussions physiologiques chez les femmes à faible risque, leur bébé et leur famille. D'autres recherches sur les soins de maternité en milieu rural devront être réalisées dans différentes régions géographiques et auprès de groupes culturels, religieux et sociaux divers, afin d'approfondir notre connaissance des besoins des femmes en milieu rural. Des études devront aussi examiner des aspects précis des soins, comme le lien entre les issues défavorables de la grossesse (p. ex. la prématurité) et le stress ressenti par les femmes des régions rurales à cause de l'incertitude quant au lieu et aux circonstances de la naissance.

8. DISCUSSION

Pour bien des femmes enceintes et leur famille qui vivent dans les régions rurales de la Colombie-Britannique et de l'ensemble du Canada, donner naissance d'une manière qui respecte leurs besoins (physiologiques et sociaux), leurs valeurs et leurs attentes face à cette expérience, représente un défi de taille. En effet, dans un nombre croissant de localités, la combinaison d'impératifs structurels (services de santé) et sociaux (population restreinte) a fait en sorte que l'accouchement local n'y est plus possible. D'autres collectivités, où les naissances locales étaient à une époque le reflet d'une culture vibrante, luttent aujourd'hui pour soutenir les femmes et les familles qui souhaitent demeurer dans leur milieu, malgré l'abandon systémique manifeste des services de maternité et l'omission plus générale de l'importance des naissances pour l'intégrité d'une collectivité rurale.

À première vue, les chercheuses et les chercheurs étudiant les services de santé se trouvent dans une position qui paraît discutable et qui laisse entendre que la prestation des soins de maternité en milieu rural pose véritablement problème. Or cette allégation est souvent contestée par les autorités sanitaires et les responsables de la planification centralisée, qui invoquent au contraire l'efficacité des protocoles de transfert vers des hôpitaux secondaires, mieux outillés sur les plans chirurgical et professionnel pour répondre aux exigences des situations d'urgence susceptibles de survenir chez la mère ou le bébé. Combiné à la diminution du taux de natalité dans les collectivités rurales et à l'amélioration de l'accès par route, le système actuel d'émigration est proposé comme une solution à la fois logique, cohérent et efficace.

Cependant, il suffit de pousser l'analyse un peu plus loin pour observer les lacunes du modèle actuel de prestation de soins de maternité en régions rurales et constater les conséquences qui résultent du peu d'attention qui a été portée aux besoins des femmes et de leurs familles, ainsi qu'à ceux des dispensateurs de soins et des administrateurs qui tentent de supporter les femmes durant la période de procréation. Ces lacunes sont ainsi mises en lumière par les données témoignant d'issues périnatales défavorables dans les collectivités privées de soins de maternité, et ce quel que soit l'endroit où la femme accouche (Nesbitt *et al.*, 1990; Larimore et Davis, 1995). Elles se constatent également au taux croissant de dispensateurs de soins en milieu rural qui renoncent à offrir des services de maternité, un phénomène qui même examiné sommairement témoigne du peu d'attention qui est porté au fondement de l'ensemble du système de prestation de soins de maternité (Rourke, 1998; Hutten-Czapski, 1999, 2002). Enfin, ces lacunes se remarquent aussi, sans doute, à la baisse du taux de natalité en milieu rural qui pourrait témoigner d'un manque de confiance de la part des résidantes et de leur décision de retarder la maternité, voire d'y renoncer complètement.

Ce sont toutes ces questions qui nous ont incité à réaliser une étude sur l'expérience des soins de maternité en milieu rural, en regard des forces structurelles qui portent atteinte à la prestation des services locaux, dans le but de recueillir des données permettant de mieux comprendre ce système en crise. Cette étude a révélé un ensemble complexe d'interactions entre les initiatives stratégiques (ou, plus exactement, les lacunes dans la planification des politiques) et mis en lumière les expériences et les difficultés des dispensateurs de soins ainsi que les expériences vécues par les femmes qui accouchent et leur famille. Il apparaît qu'une

vision cohérente de ces expériences doit constituer le point de départ des correctifs qui s'imposent.

La présentation de nos conclusions dans ce chapitre vient dissiper tout doute quant à l'état véritable de crise dans lequel se trouve notre système de soins de maternité. Nous décrivons ici les principaux éléments de cette crise, qui sont : les interprétations du risque et le besoin afférent de passer à une analyse des risques et des avantages, la difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural, la nécessité d'opter pour un modèle interdisciplinaire de soins et enfin les conséquences de l'absence de naissances locales.

Difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural

Les difficultés qui ont été soulevées relativement à la prestation des soins d'obstétrique en milieu rural – que l'on pense au recrutement des médecins, au maintien des compétences malgré le faible volume et à l'établissement d'horaires de travail viables – ont toutes été examinées dans divers énoncés de politique de la Colombie-Britannique. Ainsi, le Rapport Dobbin (Dobbin, 1998), qui avait été commandé par le gouvernement néo-démocrate, a soulevé la contradiction entre la nécessité d'offrir des services sur appel en tout temps et celle d'avoir un service viable dans les petites collectivités. Puis le document *Standards of Accessibility* (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002) a utilisé la théorie de la masse critique pour démontrer qu'une collectivité a besoin de plus d'un médecin pour offrir les services qui doivent l'être sur une base continue, y compris les soins de maternité. Il ressort des études sur les services de santé que les besoins en ressources humaines sont l'un des principaux problèmes pour assurer la viabilité des soins en milieu rural (Kirby, 2002; Klein *et al.*, 2002a). Dans bien des endroits que nous avons visités, la difficulté de recruter du personnel médical permanent oblige les collectivités à dépendre de médecins suppléants, or il s'agit là d'une solution partielle à la viabilité des soins, qui a cependant d'importantes répercussions sur les soins de maternité. En effet, la plupart des médecins suppléants, en particulier ceux nommés pour de courtes affectations, refusent d'inclure les soins de maternité dans leurs champs d'activité ou sont réticents à le faire, en raison de l'absence de liens continus avec les femmes, leur famille, la collectivité et les spécialistes des centres vers lesquels sont dirigées les patientes. Cette absence de continuité est l'élément qui a été le plus clairement identifié par les participantes à l'étude, lesquelles ont du même coup clairement exprimé leur désir d'obtenir cette continuité. Dans certains cas, ce désir de continuité a amené des femmes à obtenir des soins à l'extérieur de leur collectivité et à continuer même même après leur période de procréation, ce qui vient faire échec à l'objectif même du recours à des médecins suppléants pour assurer l'accès aux soins.

L'importance des modèles interdisciplinaires des soins

Le Rapport Dobbin posait comme postulat que la collaboration entre collègues a une incidence positive sur les expériences vécues par les médecins, lesquels ont ainsi accès à un meilleur soutien, profitent d'une atmosphère collégiale et réduisent leur temps de travail sur appel. Les médecins avec lesquels nous nous sommes entretenus, qui exerçaient dans des collectivités offrant des services de maternité, faisaient tous partie d'une équipe qui se

partageait le travail. Un grand nombre, toutefois, ont exprimé le souhait de travailler également avec des sages-femmes, afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes qui accouchent. Ces dispensateurs ont reconnu l'apport potentiel des sages-femmes à l'intérieur d'un système intégré de soins locaux et reconnu également que la formation des sages-femmes, et leur expérience des accouchements à domicile, leur donnaient des compétences particulières dans les milieux à faible apport technologique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, aucune sage-femme n'exerce dans les collectivités que nous avons visitées, et cette situation témoigne de l'absence plus générale de sages-femmes dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique. Cette situation est attribuable à de nombreux facteurs, notamment à la pénurie globale dans l'ensemble de la profession, à l'absence d'infrastructures adéquates pour appuyer la pratique, ainsi qu'à la difficulté d'obtenir une rémunération adéquate dans un système fondé sur une rémunération à l'acte, étant donné le faible volume d'accouchements. Nonobstant ces difficultés, les praticiens et les planificateurs des services de santé doivent tenir compte du désir constant exprimé par les femmes enceintes des milieux ruraux d'avoir accès aux soins de sages-femmes.

Conséquences de l'absence de naissances locales

Les participantes à cette étude ont brossé un tableau convaincant d'un sujet qui ne fait habituellement l'objet que de notes en bas de page, dans la documentation scientifique et politique,parlant des conséquences de l'absence de services locaux de maternité. Nous avons discuté précédemment des conséquences pour le système de soins de santé, par exemple les femmes qui créent et maintiennent des liens avec des dispensateurs de soins d'une autre localité. Cependant, d'autres conséquences ont des répercussions plus graves pour les femmes en âge de procréer — et le système de santé. Ainsi, plusieurs femmes dans chaque collectivité ont parlé de la nécessité d'avoir tout au moins un semblant de prévisibilité, au sujet des circonstances de la naissance. Ces femmes doivent en effet intégrer le travail et l'accouchement dans l'horaire plus large de la famille, y compris les horaires de classe des enfants et les périodes de vacances du conjoint, et ceci a amené certaines participantes à demander un déclenchement du travail et une césarienne volontaire.

Les récits des participantes laissent croire que les femmes en milieu rural envisagent la césarienne sur demande, comme une solution leur permettant de réduire le temps passé à l'extérieur et de mieux planifier. Une telle pratique a toutefois d'importantes répercussions physiologiques et d'incidences sur le système de santé, y compris sur les coûts de ce système. Bien que le sujet n'ait pas fait l'objet de recherches poussées, les données actuelles semblent indiquer qu'il y aurait des avantages financiers à centraliser les soins de maternité (Chaska *et al.*, 1988). Plusieurs chercheurs ayant fait des études sur les services de santé ont toutefois commencé à relever des lacunes dans les analyses des coûts actuelles, lesquelles ne tiennent pas compte du transfert des coûts aux patients et aux collectivités. « Les analyses économiques doivent inclure, non seulement les coûts directs des soins, mais aussi les dépenses (monétaires et autres) pour les familles », (Viisainen *et al.*, 1994: 404) et le transfert de coûts, d'une région et d'un système à un autre. Les coûts financiers ne tiennent pas compte non plus des coûts psychologiques et physiologiques importants pour les femmes.

Parmi les autres conséquences, mentionnons la décision des femmes de reporter la grossesse jusqu'à ce que des services de maternité stables soient offerts dans leur collectivité, ou encore de déménager ou d'accoucher sans aide à la maison. Or cette dernière option peut manifestement avoir de grandes conséquences sur la santé de la femme qui accouche et celle de son bébé. Les participantes qui ont dit avoir vécu des accouchements à domicile sans aide, ou en avoir entendu parler, voyaient peu d'autres options.

Expériences des femmes autochtones et des femmes des Premières Nations

Les femmes autochtones des milieux ruraux n'étaient pas particulièrement visées par cette étude, car nous avions décidé d'utiliser la collectivité comme unité de l'étude Cependant, comme une forte proportion des femmes vivant en milieu rural sont des Autochtones ou des membres des Premières Nations, et qu'un grand nombre d'entre elles vivent hors-réserve, nous nous attendions à ce que cette composante démographique soit englobée dans notre processus de recrutement ouvert, ce qui fut le cas, et nous n'avons pas ventilé les données recueillies durant les entrevues, entre femmes autochtones et non autochtones Nous avions reconnu dès le début du processus de collecte de données qu'il pourrait y avoir des différences entre les expériences des femmes autochtones et des Premières Nations et celles des femmes non autochtones, en raison notamment de l'importance plus grande des liens unissant les femmes et les autres membres de la collectivité (en particulier lors d'un événement comme la naissance d'un enfant), de la vie socialement complexe des femmes autochtones et des Premières Nations, qui augmente leurs risques d'effets indésirables sur la santé et d'issues défavorables de la grossesse, ainsi que du soutien financier qui est offert aux femmes des Premières Nations pour compenser certains coûts de transport et de subsistance dans les collectivités vers lesquelles elles sont dirigées (CRPA, 1996). L'analyse des données préliminaires de cette étude nous a amené à reconnaître que les expériences des femmes autochtones et des Premières Nations devaient faire l'objet d'une étude distincte, qui ferait appel à une méthode active et à une approche communautaire. Nous avons donc présenté une demande de financement et obtenu une subvention dans le cadre des projets de recherche communautaires en santé autochtone financés par les Instituts de recherche en santé du Canada; cette étude est actuellement en cours.

Risque lié aux services d'obstétrique en milieu rural

Le risque est un concept fondamental en obstétrique qui a pris des connotations culturelles qui influencent les attitudes et la pensée des femmes enceintes, des dispensateurs de soins et des décisionnaires. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les systèmes de prestation de soins de maternité en milieu rural dépendent de l'aptitude des médecins locaux à identifier et à sélectionner les grossesses sans complications en vue d'un accouchement local, et à diriger les cas compliqués ou à plus haut risque vers des centres plus spécialisés. La sécurité, l'efficacité et la *logique* d'un système régionalisé de soins de maternité reposent sur l'hypothèse voulant que ces critères soient en fait réalisables.

De solides données appuient le recours à l'évaluation des risques dans le cas de grossesses à risque, comme les gestations multiples ou l'accouchement prématuré. Cette évaluation perd toutefois sa valeur prédictive, lorsque les particularités biomédicales de la grossesse ne

laissent supposer aucune complication, comme c'est le cas pour la majorité des grossesses dans la population. Ce point a été soulevé par bon nombre de dispensateurs de soins qui offrent toujours des soins de maternité. Ils ont en effet été nombreux à préciser que, même s'ils tiennent compte des facteurs biomédicaux dans l'évaluation du bien-fondé d'une naissance locale, ils incluent aussi des facteurs moins quantifiables, comme la détermination de la femme à accoucher localement, sa compréhension des risques et des avantages, sa souplesse à réagir à l'évolution de sa situation ainsi que le réseau de soutien auquel elle a accès. Ces facteurs, combinés à des critères moins tangibles de la situation, ont souvent donné lieu à une approche globale en matière de soins influencée par une analyse intuitive.

Cette approche reconnaît les grandes lacunes de notre méthode traditionnelle d'évaluation des risques, qui s'appuie essentiellement sur des critères biomédicaux : à savoir l'omission des dimensions psychosociales, culturelles et affectives de la vie d'une femme qui ont une incidence sur l'expérience vécue durant le travail et l'accouchement. Bien que l'on commence à observer une prise de conscience quant à l'importance de tenir compte de la dynamique sociale et du contexte dans lesquels survient la naissance, il importe de poursuivre les études en vue de mieux conceptualiser les variables susceptibles de réduire ou d'augmenter le risque, comme l'engagement spirituel ou l'importance du soutien communautaire dans la vie d'une femme. LeFevre *et al.* (1989:692), ayant constaté que les indices du risque obstétrique sont habituellement élaborés dans des centres de soins tertiaires, ont émis l'hypothèse suivante : « Comme les facteurs de risque biomédicaux traditionnels sont moins fréquents dans un centre de soins primaires, les facteurs socio-économiques et psychosociaux prennent peut-être plus d'importance en milieu rural ». De toute évidence, les répercussions sociales de l'évaluation du risque diffèrent sensiblement entre les femmes des milieux urbains et ruraux, en raison de l'accès limité en milieu rural, s'il faut avoir recours à des techniques de suivi diagnostic ou à des interventions plus avancées.

Les dispensateurs de soins consultés ont exprimé des vues précises au sujet des difficultés et de l'importance de l'évaluation du risque en milieu rural. Celles et ceux, qui estimaient qu'il y avait des dangers à accoucher localement et qui ont donc cessé d'offrir des services de maternité locaux afin de réduire les risques, ont reconnu par contre être encore plus vulnérables lorsqu'ils doivent pratiquer des accouchements imprévus inévitables, en raison du peu d'expertise locale. La seule solution à ce dilemme est de s'assurer que tous les praticiens de milieux ruraux maintiennent des compétences de base en obstétrique et reconnaissent que les soins de maternité font partie intégrante de l'exercice en milieu rural, même dans les collectivités qui n'offrent pas de soins localement.

Vers un nouvel équilibre

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les caractéristiques de la grossesse qui sont actuellement prises en compte dans l'évaluation du risque se limitent essentiellement aux déterminants biomédicaux, au détriment des facteurs sociaux, psychologiques et spirituels. Cette perspective restreinte résulte en partie de notre propension culturelle envers les choses facilement quantifiables qui nous amène à négliger l'aspect psycho-social global. Cependant, elle compromet sérieusement la question du choix et du consentement éclairés, au sujet du

lieu prévu de la naissance. Le risque lié au fait d'accoucher en dehors de son milieu a été peu étudié. Nous présumons tout naturellement que le danger est moindre, en raison du meilleur accès à la technologie et aux spécialistes dans les collectivités vers lsquelles sont dirigées les patientes. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Les femmes qui ont participé à l'étude ont en effet mentionné des risques réels associés aux déplacements et au transport, et elles veulent que l'on en tienne compte dans la prise de décisions Une démarche plus utile consisterait peut-être à inclure, non seulement les risques, mais aussi les caractéristiques et les valeurs positives de l'accouchement local et à utiliser une analyse aussi équilibrée pour évaluer la naissance dans une autre localité.

Les participantes à cette étude ont brossé un portrait vivant et riche de l'importance de la collectivité. Un grand nombre ont dit avoir quitté les milieux urbains pour mettre en pratique leur idéal de la famille, de la collectivité et de l'engagement, en adoptant un style de vie fondé sur la cohésion sociale et la réciprocité. Un grand nombre ont aussi souligné l'importance du contexte social local pour la naissance, ainsi que les avantages que retire la collectivité de ces naissances. Par ailleurs, les femmes forcées d'aller accoucher ailleurs ont tenu à souligner l'importance de la collectivité. La perturbation du soutien social, que précipite l'évacuation durant ou avant la naissance, vient corroborer les notions soutenues dans la nouvelle documentation biosociale sur l'importance de ce soutien pour l'issue de la grossesse (Tarkka et Paunonen, 1996; Dahlberg *et al.*, 1999; Melender et Lauri, 2002).

On ne peut minimiser l'importance des naissances pour les collectivités rurales, tant d'un point de vue pratique que philosophique. Selon Klein *et al.* (2002a : 120), lorsque la centralisation des soins de maternité se produit « sans pleinement évaluer les conséquences sur la vie des collectivités rurales et des petites collectivités urbaines, il peut en résulter de graves résultats imprévus ». Ces auteurs parlent même d'une cascade de conséquences négatives pour les mères et leurs bébés, et pour l'ensemble de la collectivité, lorsque l'accouchement local n'est plus une option, invoquant tout d'abord l'exode des femmes qui vont accoucher et les conséquences qui en résultent (fréquence accrue de petits bébés prématurés et complications pour la mère et le bébé) et qui, en bout de ligne, entraînent une hausse des coûts de santé. L'infrastructure des ressources humaines en santé commence à s'effriter, ce qui se répercute sur l'accès à d'autres services, comme les soins gynécologiques de dépistage. Les médecins qui restent s'effondrent sous le poids du stress causé par le nombre excessif d'heures de travail, et ils prennent leur retraite ou déménagent, laissant à la collectivité la tâche difficile de trouver des remplaçants. Puis, c'est au tour des services d'urgence et de chirurgie de s'effondrer, faute de dispensateurs de soins disponibles, et ceci se répercute sur les entreprises locales qui ont aussi de la difficulté à recruter du personnel. Nombreux sont les résidants qui doutent de la vitalité et de la viabilité de la collectivité et qui choisissent de déménager, lorsque cela est possible. Klein et al. (2002a: 121) conclut en ces termes :

> La collectivité elle-même devient dysfonctionnelle et instable. On réalise trop tard que les soins à la mère et au nouveau-né sont des éléments essentiels au maintien de collectivités médicalement, socialement et économiquement viables.

De nombreuses étapes de cette trajectoire hypothétique ont été vécues par les collectivités visées par la présente étude. Mais si nous essayions, à la lumière des besoins et des expériences des dispensateurs de soins et des femmes avec qui nous avons parlés, de refaire cette trajectoire hypothétique pour tenter de déterminer quelles seraient les conséquences d'un effort concerté de la part des décisionnaires en faveur des soins de maternité en milieu rural?

- Les autorités sanitaires régionales, avec l'appui des organismes de planification centralisée, mettent en place une politique multilatérale cohérente globale, pour appuyer les dispensateurs de soins et les femmes des milieux ruraux (en tenant compte également des besoins des équipes interdisciplinaires sur le plan professionnel et salarial).

- Un nombre croissant de dispensateurs de soins décident de réintroduire les soins de maternité dans l'exercice de la médecine en milieu rural.

- Un nombre croissant de femmes, motivées par l'appui de leurs dispensateurs de soins, décident d'accoucher dans leur milieu.

- Les compétences et la confiance des dispensateurs de soins (médecins, infirmières et sages-femmes) augmentent, ce qui se traduit par des issues positives.

- Conscients de ces effets positifs, les obstétriciens des centres spécialisés régionaux appuient de plus en plus les médecins des collectivités rurales et sont de plus en plus disponibles, ce qui améliore encore davantage les résultats positifs.

- Prenant conscience de la vitalité et de la pertinence des systèmes ruraux de soins de maternité, les autorités sanitaires, les responsables de la planification centralisée et les associations professionnelles décident d'appuyer davantage la prestation des soins de maternité en milieu rural, en offrant aux omnipraticiens une formation sur la pratique des césariennes, en offrant des services d'anesthésiologie et en élargissant le champ d'activités des sages-femmes pour y inclure des activités comme l'extraction à l'aide de ventouses.

- Les services locaux de maternité deviennent l'élément moteur de services de santé locaux florissants qui répondent aux besoins des membres de la collectivité et font de cette dernière un endroit où l'on souhaite vivement habiter.

Lorsque les services locaux de maternité sont reconnus pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire l'élément déterminant de la santé physique et sociale des familles et de la collectivité, la réaffectation des ressources et des énergies à l'appui de ces services devient non seulement une suite logique et censée, mais un impératif moral.

Établissement de services de maternité viables en milieu rural

L'examen de l'expérience des soins de maternité en milieu rural, en regard des politiques en matière de santé qui ont été adoptées par la Colombie-Britannique, fait ressortir une concordance entre les difficultés soulevées par les décisionnaires et celles auxquelles font face les dispensateurs de soins et les femmes. Ces difficultés ont trait notamment au recrutement et au maintien en fonction des praticiens, au maintien des compétences et de la confiance des dispensateurs de soins en dépit du faible volume d'accouchements, et à la nécessité pour les systèmes régionalisés de soins de maternité d'appuyer les naissances locales, pour être efficaces. Les énoncés de politique, comme le rapport Seaton, laissent entendre que la pénurie de soins en régions pourrait contribuer au stress émotionnel et financier, à l'instabilité des familles et à l'instabilité conjugale durant la grossesse, ce qui en retour pourrait accroître le risque de bébés prématurés de faible poids à la naissance. Ces hypothèses sont compatibles avec celles relevées dans la documentation sur des études en régions rurales, menées aux États-Unis (Larimore et Davis, 1995; Nesbitt *et al.*, 1997). Le transport et les soins des bébés prématurés dans les unités de soins intensifs néonatals sont coûteux et, si l'on s'inspire de l'expérience précédente dans le milieu rural moderne du Canada, il est probable qu'il y aura de solides impératifs, dictés à la fois par des critères de qualité des soins et des critères financiers, en faveur du rétablissement et du maintien des services de maternité en régions rurales, dans un avenir rapproché. Il sera sans doute moins difficile de maintenir les services déjà en place que de réinstaurer ou renouveler les services au cours des années à venir.

Selon des dirigeants de la Société de la médecine rurale du Canada, le problème ne vient pas d'une détermination à démanteler les systèmes de soins ruraux, mais plutôt de l'absence de soutien nécessaire pour maintenir ces services. Il faut établir un plan et une politique stratégiques globales pour régir les soins de maternité en milieu rural et éviter les processus décisionnels fragmentaires qui ne consistent qu'à réagir aux incidents critiques ou à des impératifs administratifs ou financiers ponctuels.

Diriger les femmes des régions rurales vers des centres régionaux plus spécialisés pour y accoucher ne constitue au mieux qu'une solution à court terme, car les facteurs qui ont contribué à la déstabilisation des soins locaux de maternité finiront par causer une déstabilisation des petits établissements régionaux. En Colombie-Britannique, nous observons déjà des cas où de grands centres régionaux sont incapables d'offrir des services d'obstétrique pendant de courtes périodes, à cause de la pénurie de personnel.

Il faut également revoir les normes d'accès aux services, qui ont été établies pour les régions rurales de la Colombie-Britannique. L'application rigoureuse d'une norme de deux heures (basée sur un transport aérien), pour l'accès aux services de maternité, entraînerait la fermeture de la plupart des petits services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique. Cependant, les femmes enceintes des régions rurales ne prendront pas de petits avions pour se rendre à l'hôpital le plus près. Elles devront emprunter des routes difficiles en régions montagneuses, parfois dans des conditions météorologiques très rigoureuses, alors qu'elles sont en travail.

Enfin, un système viable de soins de maternité en milieu rural exige une acceptation culturelle du risque, perçu comme un phénomène multidimensionnel global qui, d'une part, s'applique à l'ensemble des cultures, des classes et des milieux géographiques, mais, d'autre part, est propre à chaque personne. La compréhension du risque doit s'appuyer sur une évaluation basée sur les faits de la probabilité de survenue d'une multitude d'effets biomédicaux, physiologiques, sociaux, psychologiques et spirituels *et* aussi sur la reconnaissance de l'incertitude inhérente à la naissance et à la vie, y compris de l'ambiguïté qu'elles créent. Tant que nous ne modifierons pas notre approche qui vise à maîtriser chaque éventualité biomédicale possible, que nous n'admettrons pas la complexité des éléments qui influent sur l'issue de la grossesse et que ne reconnaîtrons pas le hasard comme faisant partie du mystère de la vie, nous serons astreints à créer des systèmes de soins qui tiennent compte des besoins physiologiques, mais qui font abstraction des besoins psychosociaux et spirituels.

9. RECOMMANDATIONS

Les recommandations de travail énoncées ci-après s'appuient sur les conclusions de la présente recherche, ainsi que sur l'examen des études épidémiologiques et des documents de politique présenté aux chapitres 2, 3 et 4. Une première série de recommandations formulées à partir de cet examen exhaustif a été présentée aux participantes et participants de trois des quatre collectivités de l'étude et les commentaires ont ensuite été intégrés à la liste des recommandations qui suivent. Ce processus de vérification auprès des membres[17] s'est avéré d'une valeur inestimable pour vérifier, améliorer et compléter les idées découlant de notre analyse des données. Comme nous l'avons mentionné aux chapitres 3 et 4, même si la présente étude porte sur un lieu géographique bien précis, ses conclusions et ses recommandations sont néanmoins pertinentes pour d'autres régions du Canada qui éprouvent des difficultés similaires, dans la prestation de services de maternité en milieu rural.

Les résultats de cet examen exhaustif font clairement ressortir la nécessité de mettre en place un programme de recherche transdisciplinaire, systématique et structuré, sur les soins de maternité en régions rurales, afin de recueillir les données nécessaires à l'examen des questions clés qui guideront les nouvelles initiatives ou les modifications aux orientations stratégiques actuelles. Ces questions sont énoncées ci-après.

- Quels sont les obstacles à la mise en place de soins de maternité viables en milieu rural?
- Quels moyens, liés aux politiques ou au mode d'exercice, pourrait-on prendre pour aplanir ces obstacles?

Ces questions déterminent également l'orientation des recommandations précises visant à résoudre les questions liées au système de santé et aux dispensateurs de soins. Les recommandations formulées ci-après sont basées sur les six principes directeurs suivants devant guider la prestation de soins de maternité en milieu rural.

Principes directeurs

Les services de maternité doivent

- répondre aux besoins des femmes et des familles vivant en milieu rural;
- répondre aux besoins des dispensateurs de soins de maternité, en leur offrant des mesures incitatives et un soutien qui soient compatibles avec les responsabilités qu'ils ont à assumer et les compétences que leur travail exige;
- être structurés en fonction du nombre de femmes enceintes, du temps de déplacement et de la parité au sein d'une collectivité ou d'un bassin de population;
- adopter et évaluer de nouveaux modèles de soins favorisant la collaboration entre professionnels;
- encourager la conduite d'un plus grand nombre de recherches multidisciplinaires, sur la sécurité et l'efficacité des soins de maternité en milieu rural, et

- être reconnus comme un service repère au sein de la collectivité, ayant une incidence sur l'offre d'autres services de santé (p. ex. les soins gynécologiques de dépistage).

Recommandations

Partenariat communautaire

1. Instaurer et maintenir un processus participatif visant à trouver des solutions en collaboration avec les collectivités rurales, y compris les dispensateurs de soins, les administrateurs, les femmes, les familles et autres membres de la collectivité.
   - Intégrer la participation des femmes et d'autres membres de la collectivité à celle des dispensateurs de soins et des planificateurs, par la tenue de tribunes communautaires.

2. Faciliter la mise en place d'un processus communautaire qui reconnaisse et accepte les risques associés à la naissance en milieu rural.

Questions liées au système de soins de santé

3. Instaurer et maintenir des services de maternité dans les collectivités rurales, en fonction du nombre de femmes enceintes et de leur parité, et sur la base des données permettant d'entrevoir des résultats optimums pour la population.
   - Tenir compte du degré d'isolement, des difficultés de transport et du contexte social de la collectivité, ainsi que de la rentabilité économique.

4. Instaurer des mécanismes de soutien pour les femmes qui doivent aller accoucher à l'extérieur :
   - Trouver des logements adéquats pour les femmes et leur réseau de soutien dans les collectivités vers lesquelles sont dirigées les femmes;
   - Reconnaître l'importance du soutien social pour les femmes qui doivent quitter leur milieu (affectation de fonds pour répondre à des besoins d'accompagnement variés, p. ex. pour les nullipares);
   - Prévoir des fonds pour venir en aide aux femmes non autochtones qui doivent aller accoucher ailleurs, à cause de complications durant la grossesse ou de l'absence de soins locaux, et
   - Veiller à ce qu'il y ait des travailleuses de liaison autochtones dans les hôpitaux vers lesquels sont dirigées les patientes.

5. Modèles de rémunération :
   - Reconnaître les responsabilités accrues liées à l'exercice de la médecine en milieu rural (absence de consultants, en cas d'urgence).
   - Revoir le système de rémunération pour instaurer une parité entre les omnipraticiens et les sages-femmes.
   - Établir une distinction dans le mode de rémunération basé sur la parité (prévoir une rémunération plus élevée pour les nullipares et les accouchements vaginaux après césarienne) *ou* sur la durée du travail.

6. Mettre en place un processus continu et transparent de suivi des résultats, par l'établissement et à la mise à jour d'un processus de rétroaction ouvert sur les résultats obtenus par hôpital et bassin de population, ainsi qu'à l'échelle régionale et provinciale.

7. Optimiser l'utilisation des technologies disponibles en milieu rural, en définissant les critères pour l'évaluation et l'application de la technologie en milieu rural (p. ex. échographie et téléradiologie ou envoi des femmes vers un hôpital spécialisé pour les échographies de routine).

Questions liées à la prestation des services

8. Établir de nouveaux modèles d'exercice en collaboration.
   - Déterminer les obstacles à une collaboration clinique interprofessionnelle (p. ex. sages-femmes et omnipraticiens pour les naissances à domicile), en reconnaissant que l'exercice de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique repose sur le principe de l'autonomie.
   - Procéder à des essais-pilotes des nouveaux modèles de collaboration.

9. Veiller à ce que les femmes des milieux ruraux aient accès à des soins prénatals.
   - Éliminer les obstacles à la prestation de soins prénatals interdisciplinaires concertés (p. ex. les restrictions concernant le partage des soins entre sages-femmes et omnipraticiens).
   - Explorer des modèles novateurs pour la prestation des soins prénatals et l'enseignement prénatal (p. ex. visites de groupe).

10. Veiller à ce que les femmes des milieux ruraux aient accès à des cours prénatals, en reconnaissant l'importance de cet enseignement dans le processus de planification des accouchements en milieu rural ainsi que les difficultés d'offrir ces cours en milieu rural.

Questions liées aux dispensateurs de soins

11. Mettre en place des initiatives stratégiques qui appuient les chirurgiens généralistes et les anesthésistes et qui reconnaissent leur valeur et leur contribution pour les collectivités rurales, par l'instauration d'un système de formation, de maintien des compétences, d'agrément et de réglementation et par le soutien des infrastructures.

12. Offrir des programmes de perfectionnement professionnel continu à l'intention des dispensateurs de soins locaux (sur place) — ateliers multidisciplinaires.
   - Établir une formule visant à favoriser le maintien des compétences des dispensateurs locaux dans la prestation des soins de maternité (p. ex. déterminer les cours de recyclage requis en fonction du nombre de jours écoulés depuis le dernier accouchement pratiqué)[18]

13. Reconnaître la contribution des réseaux de soutien informels et l'importance du soutien communautaire pour les femmes qui accouchent, par la mise en place de programmes de formation de doulas.

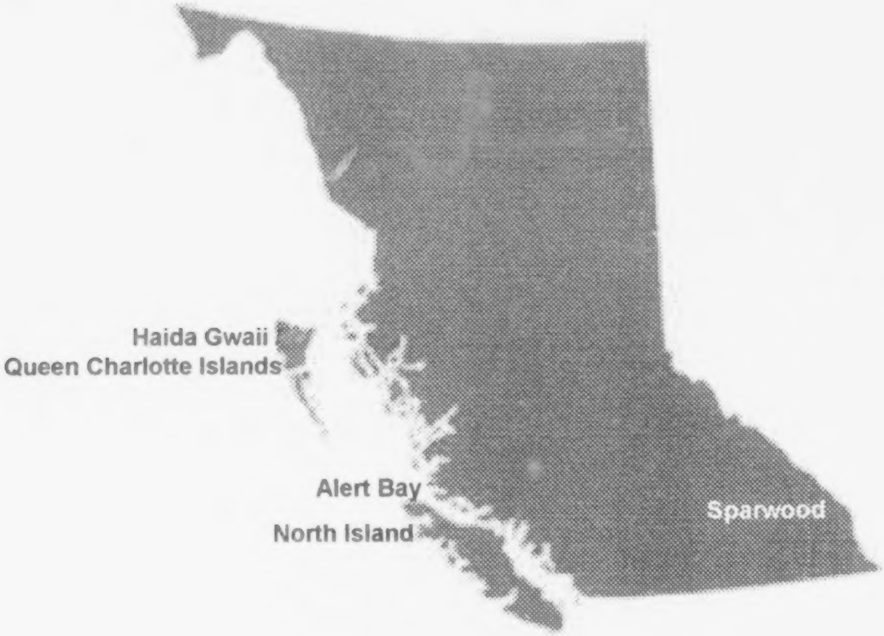
14. Travailler de concert avec les organismes de réglementation et de formation (Société canadienne de pédiatrie, College of Midwives of British Columbia et Société des obstétriciens et des gynécologiques du Canada), en vue de faire reconnaître la contribution des sages-femmes aux soins de maternité en milieu rural.

Poursuite de la recherche

15. Faire participer des représentants de tous les groupes communautaires (administrateurs, dispensateurs de soins, consommateurs et autres) aux recherches sur la prestation des services locaux, par la mise en place d'un processus participatif véritable.
    - Parmi les thèmes précis qui méritent d'être étudiés plus à fond, mentionnons l'efficacité et la sécurité des césariennes pratiquées par des chirurgiens généralistes et des autres modèles de prestation des soins.
    - Mettre en place des méthodes plus efficaces pour communiquer aux collectivités rurales les résultats des recherches, ainsi que l'état actuel des connaissances sur les pratiques optimales.

16. Réévaluer l'efficacité de l'évaluation du risque en milieu rural, en tenant compte des caractéristiques psychosociales qui contribuent au risque évalué ou qui l'atténuent, et examiner les autres variables qu'il y aurait lieu d'inclure dans l'analyse des risques et des avantages.

ANNEXE A : CARTE DES QUATRE LIEUX DE L'ÉTUDE



ANNEXE B : PROFILS DES COLLECTIVITÉS

Alert Bay (Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

L'histoire d'Alert Bay remonte à près de deux cents ans. Dès la découverte de cette petite île, une industrie florissante de la pêche s'y est développée. L'accès à la mer était facile et la baie procurait une aire protégée pour les pêcheurs et leurs familles. Une industrie de mise en conserve, elle aussi florissante, a suivi peu après. Alert Bay s'est développé rapidement, et une école et d'autres infrastructures ont été aménagées pour répondre aux besoins des nombreuses familles liées à l'industrie de la pêche, dont un grand nombre appartenaient aux Premières Nations. Au milieu des années 1880, une scierie qui embauchait principalement des Autochtones a été construite. Vers la fin de la même décennie, on y ouvrit un pensionnat qui se consacrait principalement à l'enseignement de la menuiserie, de la fabrication de meubles, de la construction de bateaux et de l'élevage animal, en plus des cours réguliers, aux garçons autochtones. Au début des années 1990, la pêche et la foresterie étaient les deux industries dominantes sur l'île Cormorant. Alert Bay était également devenue une collectivité florissante, le point central entre Campbell River et la pointe de l'île Vancouver, de même que le lieu du seul hôpital pour l'ensemble de North Island.

Aujourd'hui, Alert Bay est un endroit bien différent, où habitent 583 personnes (Statistique Canada, 2001). C'est une petite communauté de pêcheurs, accessible uniquement par traversier (trajet de 45 min) à partir de Port McNeill. Alert Bay est le lieu de résidence de la Première Nation Namgis (ou Nimpkish) qui utilisait l'île auparavant comme cimetière et lieu de résidence saisonnier. Même si les habitants pratiquent toujours la pêche, cette industrie a radicalement changé depuis sa période florissante des années 1880. La conserverie a fermé ses portes et les pêcheurs approvisionnent aujourd'hui de petites entreprises familiales. L'industrie forestière a elle aussi cessé ses activités et la situation économique d'Alert Bay n'est guère reluisante, cette collectivité dépendant d'une industrie touristique naissante.

Malgré ces difficultés économiques, la Première Nation Namgis est organisée et prospère. Elle y a construit un magnifique centre culturel qui présente une large collection d'artéfacts, ainsi qu'une description détaillée de l'histoire de la région et de la bande. L'ancien pensionnat a été transformé et il sert aujourd'hui de lieu de rencontre pour la tenue d'activités sociales et récréatives. Tous les habitants d'Alert Bay éprouvent un fort sentiment d'appartenance et témoignent un engagement marqué envers leur collectivité. Aucun service de maternité n'est offert aujourd'hui sur l'île, et ceci a un impact négatif sur bon nombre de résidantes qui ne peuvent plus accoucher chez elles. Et même si le trajet pour se rendre à la ville voisine de Port McNeill ne pose pas de difficultés économiques pour certaines femmes enceintes et leur famille, car le trajet est payé par la bande Namgis, les conséquences sociales de cette incapacité d'accoucher à Alert Bay sont très importantes pour certaines mères. Enfin, bien que l'isolement relatif de l'île Cormorant empêche plusieurs médecins et infirmières de la région d'être à l'aise d'offrir des services de maternité, la plupart des professionnels s'opposent au retrait total des soins de maternité de l'île, étant donné l'importance des naissances locales pour les femmes des Premières Nations.

Santé et soins de santé

Alert Bay fait partie de la circonscription sanitaire 85 (nord de l'île de Vancouver), à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'île de Vancouver (VIHA). En 1909, l'hôpital St. George fut le premier hôpital construit sur North Island et il fut remplacé, en 2002, par le centre de santé communautaire de l'île Cormorant. Ce nouvel établissement de 14 lits (quatre lits de soins aigus et dix lits de soins multiniveaux) ne disposait toutefois d'aucune salle de travail, ni salle d'accouchement. Un médecin de la région s'est battu pour qu'on installe de l'oxygène dans la salle de physiothérapie et que cette salle puisse également servir de salle de travail et d'accouchement. Le centre de santé communautaire dessert la population de l'île Cormorant, de l'île Malcolm et de quelques petites villes sur le continent. Il y a également un centre de santé sur l'île ('Namgis Health Centre). Au moment où ces données ont été recueillies (juillet 2003), la collectivité comptait trois médecins, mais l'un d'eux devait partir à la fin d'août 2003, ne laissant plus que deux médecins à temps plein.

Travail et accouchement

En mai 2003, la VIHA a suspendu les services de maternité (travail et accouchement) dans l'ensemble de la région de Mount Waddington (y compris dans les collectivités d'AlertBay, Port McNeill et Port Alice).

Tableau 2 : Lieu de naissance des habitants d'AlertBay

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997			
1997-1998	5 (+1 à Port McNeill)	0	7
1998-1999	3	2	5
1999-2000	6	10	16
2000-2001	3 (+1 à Port McNeill)	19	23
2001-2002	5	11	16

Nota :
*Veuillez noter que les données pour les années précédant l'exercice 2000-2001 n'incluent pas tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.
Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Sparwood/Elkford (Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

Sparwood est une localité située dans la vallée de l'Elk, à l'extrémité sud-est de la Colombie-Britannique, à 18 km de la frontière de l'Alberta. Le district de Sparwood a été incorporé en vertu de la *Instant Town Legislation* de la Colombie-Britannique le 6 octobre 1964. Au coeur de cette vallée, la ville actuelle de Sparwood est née de la fusion des trois localités suivantes : Michel, Natal et Sparwood. Ces trois villes étaient entourées de mines de charbon, mais Sparwood, étant la plus retirée, fut la moins exposée à la pollution atmosphérique causée par la poussière de charbon. À la fin de 1966, les localités de Michel et Natal, dévastées par la poussière de charbon, ont été fermées et ceci contribua à l'expansion subséquente de Sparwood. En 2001, Sparwood comptait 3 812 habitants et Elkford, située trente kilomètres plus à l'est, en comptait 2 589 (Statistique Canada, 2001).

Les activités d'exploitation des ressources naturelles ont toujours été l'industrie dominante à Sparwood et dans sa périphérie. Le bassin de Sparwood abrite les plus vastes réserves de charbon de qualité de la Colombie-Britannique, et plus de 80 % de la population travaille dans le secteur minier, qui y est l'industrie dominante. Malgré les pressions qu'exerce la mondialisation sur les entreprises canadiennes d'extraction du charbon, Sparwood s'en tire remarquablement bien. Au cours des cinq dernières années, l'économie de la ville a été favorisée par une hausse de la production, l'absence de mises à pied et la hausse des prix intérieurs, et ceci a contribué en retour au bien-être des habitants de Sparwood.

Le revenu familial annuel moyen des résidants de Sparwood est de 62 521 $, ce qui est nettement supérieur au revenu familial annuel moyen de l'ensemble de la province (52 840 $). Le revenu moyen des couples mariés est encore plus élevé, s'établissant à 66 307 $, là encore nettement au-dessus de la moyenne provinciale (60 278 $). Or comme plus de 75 % de la population de Sparwood est mariée, cette observation est significative.

Étant donné les salaires anormalement élevés des résidants de Sparwood par comparaison à la norme provinciale, et le caractère florissant de l'économie locale, le fait d'avoir à aller dans une autre ville pour obtenir des services de maternité ne pose pas de problème pour la plupart des habitants de cette localité. La ville de Fernie (Colombie-Britannique), où la majorité des femmes de Sparwood obtiennent leurs services de maternité, n'est qu'à une distance de 30 km de Sparwood. La plupart des familles de Sparwood possèdent deux véhicules automobiles et la courte distance à parcourir pour atteindre la ville voisine ne constitue pas un fardeau. Le coût de l'essence, ou même la possibilité d'avoir à payer pour un repas, n'a pas semblé être un inconvénient pour la plupart des habitants de Sparwood, dont la majorité sont à l'aise.

Donc, contrairement à la situation observée dans la majorité des villes de la Colombie-Britannique qui dépendent des ressources naturelles, l'économie et la domination de l'industrie du charbon sont deux éléments positifs à Sparwood. La majorité des habitants n'ont pas semblé ennuyés par la courte distance à parcourir pour avoir accès à des services de santé, y compris des services de maternité pour les soins prénatal et postnatals, ainsi que durant le travail et l'accouchement.

Soins de santé
La ville de Sparwood est située dans la circonscription sanitaire 1 (Fernie), à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'Intérieur. Le Sparwood Hospital and Health Care Centre a été construit en 1978; il s'agissait à l'origine d'un hôpital de 27 lits, mais le nombre a été réduit à 12, il y a environ 10 à 12 ans, au moment où l'on procéda à la fermeture de la salle d'opération. En mai 2002, le nombre de lits de soins aigus, de même que les heures d'ouverture de la salle d'urgence, ont été à nouveau réduits, tout comme les services de laboratoire et de radiographie. Aujourd'hui, le Sparwood Hospital and Health Care Centre n'est ouvert que du lundi au vendredi, de midi à 22 h, et le samedi et dimanche de midi à 19 h 30, et il n'y a personne sur appel les mardi, mercredi et jeudi après les heures normales d'ouverture. Au moment de la collecte des données, cet établissement comptait deux infirmières autorisées, une infirmière auxiliaire autorisée et trois médecins, en plus de deux infirmières de santé publique (une travaillant à temps plein à Sparwood et l'autre à temps partiel à Elkford). Il y a un centre médical et un service de santé à Sparwood. Les patientes

de Sparwood-Elkford qui ont besoin de soins de maternité sont dirigées vers Fernie (trajet de 20 minutes), Calgary, Alberta (239 km), Lethbridge (178 km) ou Cranbrook (125 km). Sparwood dispose de deux ambulances dont le service de répartition central est situé à Kamloops, mais le personnel volontaire n'est pas toujours disponible.

Elkford possède un petit centre de santé, qui n'est ouvert que le jour. Tous les cas d'urgence sont transférés à Sparwood (à 30 km). Pendant 15 ans, les patientes d'Elkford se sont rendues à Sparwood pour recevoir les soins de maternité requis – elles avaient l'habitude de faire un trajet de 30 minutes jusqu'à Sparwood pour accoucher. Elles trouvent aujourd'hui plus difficile d'avoir à parcourir 30 km de plus pour se rendre jusqu'à Fernie, en particulier durant l'hiver.

Travail et accouchement

Les services d'obstétrique ont été suspendus en 2002. Avant cette date, les accouchements à faible risque étaient pratiqués à l'hôpital général de Sparwood. Des intervenants clés ont parlé du vieillissement de la population de Sparwood et de la baisse du nombre de naissances. L'un eux a rappelé qu'il y avait à une époque 130 naissances par année à Sparwood et 80 à Fernie, mais aujourd'hui on en compte seulement 50 à Fernie, et ce pour l'ensemble de la vallée de l'Elk.

Tableau 3 : Lieu de naissance des habitants de Sparwood

Années	Accouchement local (hôpital général de Sparwood)	Accouchement dans une autre localité	Total
1997-1998	24	28	52
1998-1999	17	28	45
1999-2000	14	26	40
2000-2001	12	23	35
2001-2002	14	21	35

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Tableau 4 : Lieu de naissance des habitants d'Elkford

Années	Accouchement local (hôpital général de Sparwood)	Accouchement dans une autre localité	Total
1997-1998	9	19	28
1998-1999	7	29	36
1999-2000	5	21	26
2000-2001	2	13	15
2001-2002	2	25	27

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii

Renseignements sur la collectivité

L'archipel des îles de la Reine-Charlotte, ou Haida Gwaii, est constitué d'environ 150 îles, dont les deux plus grosses sont l'île Graham au nord et l'île Moresby au sud, lesquelles sont séparées par le très étroit détroit de Skidegate, dont la traversée prend 20 minutes en traversier. Les îles de la Reine-Charlotte sont situées au large de la côte nord-ouest de la Colombie-Britannique, à environ 100 km de Prince Rupert; elles se trouvent également à l'intérieur de l'Inside Passage qu'empruntent les navires qui partent de Vancouver en direction de l'Alaska. Territoire ancestral du peuple Haïda depuis plus de 10 000 ans, ces îles sont encore fortement empreintes de la culture et de la langue haïda. L'archipel des îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii compte plus de 5 500 habitants. Queen Charlotte City (1 045 habitants) est le principal centre administratif et Sandspit (460 habitants) est l'endroit où fut construit le premier aéroport. Skidegate (743 habitants) et Old Massett (707 habitants) sont les deux villages haïda. Masset (926 habitants) est la principale collectivité du nord et Port Clements, qui compte 516 habitants, est une autre collectivité importante (statistiques démographiques : Statistique Canada, 2001). L'exploitation forestière, la pêche et le tourisme sont les principales industries des îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii,qui sont desservies par des vols quotidiens reliant Vancouver ou Prince Rupert à Sandspit. Des traversiers font aussi la navette quotidiennement entre Prince Rupert et Skidegate (durée d'environ 7,5 h). La fréquence des traversiers est toutefois réduite à trois fois par semaine durant l'hiver, et ceux-ci peuvent être annulés lorsque les conditions météorologiques sont mauvaises.

Soins de santé

Les îles de la Reine-Charlotte/Haïda Gwaii font partie de la circonscription sanitaire 50 (Queen Charlotte) à l'intérieur de l'autorité sanitaire du Nord. L'hôpital général des îles de la Reine-Charlotte comporte deux établissements, le premier situé à Queen Charlotte City (desservant un bassin de 3 000 personnes dans le sud) et l'autre à Massett qui dessert les localités du nord. Des médecins se rendent de Queen Charlotte City à Sandspit et à Skidegate une fois par semaine. L'hôpital de Queen Charlotte compte 17 lits (neuf de soins aigus et huit de soins prolongés. Les médecins de l'hôpital de Massett se rendent à Old Massett et à Port Clements une fois par semaine. Il s'agit d'un hôpital de huit lits (quatre de soins aigus et quatre de soins prolongés). Des consultants de diverses spécialités, notamment en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie, en urologie, en orthopédie, en pédiatrie, en dermatologie, en cardiologie et en psychiatrie, s'y rendent à l'occasion. L'établissement de Queen Charlotte City compte trois médecins équivalents à temps plein (exercice réparti entre un médecin à temps plein et quatre à temps partagé), tout comme celui de Massett. Au moment de la collecte des données (juin 2003), il n'y avait qu'un médecin à temps plein à Massett et les deux postes vacants étant comblés par des médecins suppléants. Il y a aussi trois doulas agréées sur les îles.

Le transfert par ambulance aérienne vers des centres de soins secondaires ou tertiaires (vers Prince Rupert) prend habituellement une heure ou deux.

Travail et accouchement

Au moment de la collecte des données (juin 2003), tous les services de maternité (travail et accouchement) avaient été suspendus à Massett, mais les accouchements à faible risque étaient toujours pratiqués à l'hôpital de Queen Charlotte City.

Tableau 5 : Lieu de naissance des habitants des îles de la Reine-Charlotte

Année	Accouchement local (établissement de Queen Charlotte City)	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997		1	1
1997-1998	23	37	60
1998-1999	34	30	64
1999-2000	23	39	62
2000-2001	22	52	74
2001-2002	15	45	60

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

North Island (Port Hardy et Port McNeill, Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

North Island est composée de 16 petites villes, à l'extrémité nord de l'île de Vancouver, à la limite de l'autoroute 19. Port Hardy et Port McNeill sont les deux villes de North Island qui ont été choisies pour notre étude, car ce sont les deux seules de l'île (à l'exception d'Alert Bay qui est examiné séparément) où des services de maternité ont déjà été offerts.

Port Hardy est la plus grande localité sur North Island; on y comptait 4 574 habitants en 2001 (Statistique Canada, 2001). Port Hardy a été constitué en 1966; on y retrouve le plus grand milieu d'affaires au nord Campbell River, qui s'explique par son emplacement stratégique à la croisée des réseaux de transport aérien, ferroviaire, terrestre et maritime. L'économie de Port Hardy profite aux villes mi-côtières de Bella Bella, Prince Rupert, Bella Coola, Klemtu et Shearwater. L'économie de Port Hardy dépend essentiellement de la pêche (aquaculture, coquillages, transformation de fruits de mer, et pêche sportive et commerciale), bien que l'industrie forestière et minière, ainsi que le tourisme, y occupent également une place importante.

Comme l'économie de Port Hardy est basée sur l'exploitation des ressources, une partie importante de sa population active travaille dans l'un des principaux secteurs de ressources. L'économie locale est donc vulnérable aux fluctuations de l'économie mondiale. De fait, il n'y a pas si longtemps, des fermetures temporaires d'usines et de mines, des grèves prolongées et violentes et un climat général d'instabilité a marqué la vie des familles qui travaillent dans les secteurs d'exploitation des ressources. Le caractère « en dents de scie » des économies tributaires de l'exploitation des ressources naturelles a fait naître chez bon nombre de familles une incertitude face à l'avenir.

Port McNeill est la deuxième ville en importance sur North Island. En février 1966, elle fut également la première ville constituée en vertu de la nouvelle Constitution canadienne; elle ne comptait à l'époque que 485 habitants. Port McNeil a considérablement grossi depuis et on y dénombre aujourd'hui 2 871 habitants (Statistique Canada, 2001). Les principaux employeurs de Port McNeill sont les entreprises Weyerhaeuser Limited, Western Forest Products, Canadian Forest Products Ltd, TimberWest, Interfor Products Ltd. et LeMare Lake Logging; on y trouve également de nombreuses entreprises plus petites qui font de la foresterie, l'industrie locale dominante. Port McNeil administre deux millions d'hectares de terrains forestiers; cette riche ressource forestière procure un approvisionnement immense en bois d'oeuvre, qui représente environ 8 % de la récolte provinciale totale.

Les industries de la pêche et du tourisme sont également florissantes à Port McNeill. Cette ville étant le centre d'aquiculture dans le nord de l'île de Vancouver, les activités connexes à la pêche, comme la transformation du saumon (Beaver Cove) et la construction de parcs en filet et de flotteurs, occupent aussi les pêcheurs locaux. Le développement touristique a été favorisé par l'aménagement d'installations portuaires de premier ordre et par les possibilités de pêche commerciale et sportive qu'offre cet endroit.

Cependant, malgré son caractère diversifié, l'économie locale lutte pour se maintenir à flot. Les possibilités forestières – à une époque dominantes dans la ville – s'effritent sous l'effet de la fluctuation des prix mondiaux et des querelles entre les travailleurs syndiqués et la direction. L'industrie forestière a été ponctuée par de fréquentes grèves, mises à pied et fermetures périodiques d'usines qui ont créé de fortes tensions pour les familles de Port McNeill. Enfin, même si les dollars des touristes sont bénéfiques pour l'économie locale, on ne peut s'y fier.

En mai 2003, les services locaux de maternité ont été suspendus à Port Hardy et à Port McNeill, lorsque le gouvernement de la Colombie-Britannique a imposé un moratoire temporaire sur la prestation de ces services dans l'ensemble de North Island. C'est ainsi qu'aujourd'hui toutes les femmes de l'île doivent se rendre dans une autre localité pour accoucher et même, dans certains cas, pour obtenir des soins prénatals et postnatals. Or les coûts économiques occasionnés par ces déplacements sont prohibitifs pour la plupart des familles. Il en va de même des coûts occasionnés par les séjours dans une autre ville, en attendant la naissance. Donc, en raison des difficultés financières qu'éprouvent la plupart des familles qui travaillent dans les industries d'exploitation des ressources de North Island, les femmes décident du nombre d'enfants qu'elles auront en fonction des coûts associés à l'accès aux soins dans une autre ville.

Soins de santé

Port Hardy fait partie de la circonscription sanitaire 85 (nord de l'île de Vancouver), avec Port McNeill, Port Alice, Alert Bay, Sullivan Bay et Kingcome Inlet, à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'ensemble de l'île de Vancouver. L'hôpital de Port Hardy offre à la région de North Island des services d'analyse, d'échographie, de radiologie, de radioscopie et de physiothérapie. Cet établissement qui compte 12 lits de soins aigus, dessert Port Hardy et quelque 2 000 autres habitants des régions rurales voisines de Coal Harbour, Holberg, Winter Harbour, Quatsino, Kwakiutl ainsi que la Première Nation Gwa'sala-'Nakwaxda'xw.

Il y a deux cliniques médicales et un centre de santé publique à Port Hardy, ainsi que deux cliniques dentaires. On y trouve également deux ambulances disponibles, 24 h sur 24. Les patients sont dirigés vers Campbell River (235 km -, 2,5 h), Comox (282 km - 3,5 h), Nanaimo (400 km - 4 h) et Victoria (500 km - 5 h).

Port McNeill fait également partie de la circonscription sanitaire 85 à l'intérieur de la VIHA. Le Port McNeill and District Hospital a été établi en 1979. Cet hôpital compte dix lits de soins aigus (neuf lits en médecine/chirurgie et un en obstétrique) et dessert Port McNeill et quelque 5 000 autres habitants de Sointula, Telegraph Cove, Woss, Zebellow, Tasis, Gold River, Sayward, Hyde Creek et Echo Bay. Des spécialistes, notamment des pédiatres, des chirurgiens, des gynécologues et des orthopédistes, s'y rendent plusieurs fois par mois. Il y a deux infirmières autorisées et cinq équivalents temps plein, ainsi qu'un médecin à temps partiel qui travaille à la seule clinique. Les médecins locaux se rendent dans les collectivités voisines de Rivers Inlet, Zeballos, Sointula et Woss par hélicoptère.

Travail et accouchement

En mai 2003, un moratoire a été décrété sur la prestation de soins de maternité sur North Island. Ce moratoire touche l'ensemble du district régional de Mount Waddington (y compris les collectivités d'Alert Bay, Port McNeill et Port Alice).

Tableau 6 : Lieu de naissance des habitants de Port Hardy

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997	0	1	1
1997-1998	37 (+ 1 à Port McNeill)	9	47
1998-1999	26	14	40
1999-2000	17 (+1 à Port McNeill)	38	56
2000-2001	15 (+3 à Port McNeill)	69	87
2001-2002	18 (+7 à Port McNeill)	66	91

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Tableau 7 : Lieu de naissance des habitants de Port McNeill

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997			
1997-1998	3	8	11
1998-1999	7	7	14
1999-2000	3	20	23
2000-2001	11	32	43
2001-2002	13	38	51

Nota :
*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

ANNEXE C : ÉNONCÉS DE POLITIQUE ET RAPPORTS AYANT GUIDÉ LE PROCESSUS DE RÉGIONALISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE DEPUIS 1990

Gouvernement/ Commission	*Aperçu*	*Principaux thèmes*
***Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs* - 1991**		
Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts (Commission Seaton)	Déplore l'organisation déficiente des soins de santé et l'absence de planification à court et à long termes : • Réformes ponctuelles, sans vision d'avenir. • Décisionnaires non informés des expériences vécues par les patients. • Mécanismes de reddition de compte et de déclaration déficients. • Difficulté d'évaluer le rendement.	La principale recommandation était axée sur la mise en place d'un système de soins de santé de qualité qui soit facilement accessible et à proximité du lieu de résidence — « plus près du domicile » Cette recommandation était basée sur les deux hypothèses suivantes : • Les services décentralisés sont adaptés aux besoins uniques des collectivités et l'affectation des ressources se fait de manière à favoriser un rendement optimal. • Les personnes peuvent avoir accès à des services à proximité. L'état de santé du patient ne sera pas tributaire de la distance.
***New Directions for a Healthy British Columbia* - 1993**		
Nouveau Parti démocratique (NPD)	Amélioration de la gestion et de la prestation des services de santé à domicile, dans les collectivités et dans les régions. • Deux mécanismes sont proposés à l'appui de la régionalisation : création de conseils communautaires de santé et de conseils régionaux de santé : 102 conseils sont mis sur pied pour favoriser la participation de la collectivité et offrir un éventail de services de santé adaptés aux particularités démographiques et géographiques de la région.	Vise à préserver et à améliorer l'état de santé des habitants de la Colombie-Britannique par l'habilitation des personnes et des collectivités. Ce principe jeta les bases d'un vaste plan de régionalisation mis en place par le gouvernement néo-démocrate, pour appuyer la réalisation de sa vision en faveur d'un mode très décentralisé de prestation des soins de santé.
***Report of the Regionalization Assessment Team* - 1996**		
Commission nommée par le Nouveau Parti démocrate	Interruption temporaire du processus de régionalisation par le ministère de la Santé, en attendant la présentation d'un rapport visant à préciser les incidences de la régionalisation. Bien que favorable à la régionalisation des services de santé, le rapport recommande la modification du plan en place.	L'adoption d'une approche uniforme en matière de régionalisation des services de santé était jugée inadéquate, compte tenu de la diversité géographique et démographique de la Colombie-Britannique. Pour que la philosophie étayant l'énoncé de politique *Closer to Home* puisse se concrétiser, l'approche de régionalisation devait être modifiée de manière à préciser les rôles et les responsabilités des administrateurs des soins de santé et faciliter la coopération entre dispensateurs de soins.
***Better Teamwork, Better Care: Putting Services for People First* - 1996**		
Nouveau Parti démocratique	Restructuration du système de soins de santé, qui soit mieux rationalisée et davantage axée sur la gestion et l'administration. Ce plan, qui prévoit la	Pour que la philosophie mise de l'avant par *Closer to Home* porte fruit, le Ministère doit préciser les fonctions des organismes administratifs, afin que leurs efforts puissent

Gouvernement/ Commission	*Aperçu*	*Principaux thèmes*
	réduction (de 102 à 45) du nombre total de conseils communautaires de santé (34) et de conseils régionaux de santé (11), vise à préserver les déplacements des patients et l'offre de services.	être axés sur la prestation des soins de santé et non sur la bureaucratie.
Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services - 1998		
Vérificateur général de la Colombie-Britannique	Examen du processus de régionalisation mis en place par le Ministère de la Santé.	Des mécanismes officiels de gouvernance et de responsabilisation doivent sous-tendre le processus de régionalisation des soins de santé.
Accountability Framework for British Columbia Health Authorities - 1998		
Nouveau Parti démocratique	Définition des rôles et des responsabilités des autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, par rapport au ministère de la Santé.	Le processus de régionalisation confère une autonomie aux régions sanitaires qui deviennent ainsi assujetties à l'obligation de rendre compte.
Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System - 2001		
Select Standing Committee on Health, Assemblée législative	Le Comité recommande l'adoption d'une structure régionalisée plus fondamentale que celle mise en place conformément à *Better Teamwork, Better Care*. De l'avis de ce Comité, la structure doit tenir compte, dans la délimitation des régions, de la géographie et des systèmes d'aiguillage des patients.	Les propositions et recommandations du Comité s'appuient sur les trois thèmes principaux suivants : la viabilité du système de santé de la Colombie- Britannique, les mesures susceptibles d'améliorer et d'assurer une meilleure gestion des services de santé et des coûts, et les mesures visant à préserver et à améliorer les services de santé en Colombie-Britannique.
The Picture of Health: How We are Modernizing British Columbia's Health Care System - 2002		
Gouvernement libéral de la C.-B.	Mise en oeuvre d'un plan de régionalisation plus centralisé, fondé sur l'établissement de six autorités sanitaires (une provinciale et cinq régionales).	Le système de santé précédent, qui était hautement décentralisé, se caractérisait par une attention insuffisante portée aux soins, une planification et des objectifs déficients, un mécanisme de reddition de compte insuffisant et une gestion budgétaire inadéquate. Le nouveau gouvernement préconise la mise en place de systèmes coordonnés de prestation des soins, centralisés dans plusieurs régions réparties dans l'ensemble de la province. Ce plan de régionalisation a réduit le nombre d'instances. Les régions sanitaires englobent un territoire beaucoup plus vaste.
Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities - 2002		
Gouvernement libéral de la C.-B.	Définit, à l'intention des autorités sanitaires, les critères devant régir la rationalisation des services de soins aigus. Les autorités sanitaires doivent être en mesure de justifier que les services de soins aigus offerts dans leur région correspondent aux besoins en soins de santé de leur population et sont compatibles avec le nombre d'habitants.	La qualité et l'accessibilité doivent être maintenues, mais les administrateurs doivent aussi tenir compte du caractère limité des ressources afin que le cadre de régionalisation soit efficace.

ANNEXE D : PROFIL STATISTIQUE SOMMAIRE DES COLLECTIVITÉS

	North Island - Port Hardy	North Island - Port McNeill	Alert Bay	Sparwood	Haïda Gwaii
Superficie (km²)	40,8	7,74	1,82	17,7	9 940
Population	4 514	2 828	583	3 812	~ 5 000
Bassin desservi	Quatsino Winter Harbour Coal Harbour Holburg	Sointula Telegraph Cover Woss Zebellos Tasis Gold River Sayward Hyde Creek Echo Bay	Alert Bay	Sparwood Elkford	Tlell Port Clements Old Massett Queen Charlotte City Skigegate Sandspit
Distance par rapport à un hôpital pratiquant des césariennes	4 h (en voiture)	3½ h (en voiture)	½ h (en traversier) 3½ h (en voiture)	½ h (en voiture)	6½ h (n traversier). Les traversiers circulent trois fois par semaine durant l'hiver
Distance par rapport à un hôpital secondaire	4 h (en voiture)	3½ h (en voiture)	½ h (en traversier) 3½ h (en voiture)	2 h (en voiture)	6½ h (en traversier). Les traversiers circulent trois fois par semaine, durant l'hiver
Conditions routières habituelles (en hiver)	Chaussée glissante à cause de la pluie	Chaussée glissante à cause de la pluie	Inquiétudes au sujet des vents, parce que la population dépend du traversier Service de traversier interrompu lors d'intempéries Chaussée glissante à cause de la pluie	Neige et avalanche	Service de traversier interrompu lors d'intempéries
Accès par voie aérienne	Le jour	Le jour	Le jour/absence de brouillard et de tempêtes	Le jour	Le jour /absence de brouillard et de tempêtes
Diversité de la population	Importante population autochtone	Importante population autochtone	Essentiellement autochtone	Essentiellement de race blanche	Essentiellement autochtone

ANNEXE E : MODÈLE D'AFFICHE DE RECRUTEMENT

Avez-vous accouché au cours des 18 derniers mois?

Aimeriez-vous nous faire part de l'expérience que vous avez vécue durant la grossesse, le travail et l'accouchement?

Nous sommes des chercheuses et chercheurs du Children's and Women's Health Centre de la Colombie-Britannique. Nous voulons en apprendre davantage sur les soins de maternité qui sont offerts en milieu rural et nous serions très heureux de connaître votre point de vue.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter Lana Sullivan, au (604) 875-2484, avant le 21 juillet, ou composez le (250) 974-8011 puis le (604) 833-6295, entre le 21 et le 25 juillet, alors que nous serons à Alert Bay.

COMPLÉMENT D'INFORMATION

Nous croyons qu'il est très important que les femmes aient la possibilité de participer aux débats sur l'avenir des soins de maternité en milieu rural, en Colombie-Britannique.

Nous serons à Alert Bay, du 21 au 25 juillet, et nous serons très heureux de discuter avec vous, dans le cadre d'entrevues individuelles ou d'entrevues de groupe.

Vous recevrez une indemnité de 35 $ pour aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles.

N'hésitez pas à nous appeler. Nous espérons avoir le plaisir de discuter avec vous.

ANNEXE F : LISTE COMPLÈTE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS RECRUTÉS

Dispensateurs de soins
Médecins
Infirmières/infirmiers de santé publique
Infirmières/infirmiers de santé communautaire
Représentantes de la Ligue La Leche
Personnel du programme Bon départ
Travailleuses/travailleurs des services d'approche
Travailleuses/travailleurs auprès des Autochtones
Travailleuses/travailleurs sociaux
Coordonnatrices/coordonnateurs des maisons de la famille
Monitrices de soins prénatals
Infirmières/infirmiers des services d'urgence
Doulas
Accompagnantes à la naissance (non agrées)
Ambulancières/ambulanciers
Personnel suppléant

Dirigeants locaux
Membres de conseils, issus du domaine de la santé
Représentantes/représentants des conseils de santé

Administrateurs
Administratrices/administrateurs des hôpitaux
Administratrices/administrateurs des centres de santé
Gestionnaires en santé publique
Agentes/agents de recrutement des infirmières/infirmiers et des médecins

ANNEXE G : GUIDE POUR LES ENTREVUES DE GROUPE/INDIVIDUELLES AVEC LES FEMMES UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C. -B.) Canada V6T 1V6

Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

Chercheurs principaux :
Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C. -B., 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281.

1) À quels services de maternité avez-vous eu accès, avant et après la naissance?
2) Pouvez-vous me parler de votre expérience de l'utilisation de ces services?
3) Dans quelle mesure ces services ont-ils répondu à vos besoins physiques?
4) Dans quelle mesure ces services ont-ils répondu à vos besoins affectifs?
5) Pouvez-vous me décrire les tentatives que vous avez faites pour avoir accès à des services?
6) Quels sont les biens/les ressources/ les services qui sont offerts dans votre localité, pour promouvoir votre santé et celle de votre bébé?
7) Êtes-vous satisfaite de la qualité des services de maternité qui sont offerts aux femmes de votre localité?
8) À votre avis, la qualité des soins de maternité qui sont offerts aux femmes de votre région a-t-elle changé au cours des deux à cinq dernières années?
9) Quels sont les soins de maternité que vous jugez les plus importants?
10) Si vous pouviez changer deux choses pour promouvoir de meilleurs soins de maternité dans votre collectivité, quelles seraient-elles?
11) Quelles ont été vos sources d'information au sujet du travail et de l'accouchement?
12) Qui vous a dispensé des soins de maternité durant votre grossesse?
13) Durant votre grossesse, avez-vous eu accès à :
- des sages-femmes?
- des infirmières?
- des spécialistes?
- des monitrices de soins prénatales?

14) Comment évalueriez-vous la qualité des soins que vous avez reçus?
15) Croyez-vous que votre praticien savait ce qui importait vraiment pour vous?
16) Dans quelle mesure était-il important pour vous de consulter le même praticien durant toutes, ou presque toutes, vos visites prénatales?

ANNEXE H : TEXTE DE L'ENTREVUE : DISPENSATEURS DE SOINS ET ADMINISTRATEURS
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C. -B.) Canada V6T 1V6

Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

Chercheurs principaux :
Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C. -B, 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281.

Les entrevues avec les dispensateurs de soins seront menées selon une formule semi-structurée, laquelle consiste à poser des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent aux répondants de fournir leur propre réponse, laquelle peut être plus ou moins détaillée, selon leur préférence. Les questions fermées consistent à demander aux répondants de choisir parmi une liste de réponses, ce qui assure l'uniformité des réponses. Voici un aperçu des questions qui seront posées :

1) Quel est votre rôle dans la prestation des soins de maternité aux femmes de votre collectivité?
2) Depuis combien de temps êtes-vous <fonctions mentionnées >?
3) Quelle est votre expérience dans la prestation des soins?
4) Avez-vous remarqué des changements? Lesquels? Depuis quand? Pouvez-vous décrire le processus de changement?
5) Disposez-vous de ressources humaines et matérielles adéquates?
6) Estimez-vous recevoir un appui adéquat de la part de vos collègues?
7) Croyez-vous qu'il serait sécuritaire pour un plus grand nombre de femmes d'accoucher dans votre localité (c. -à-d. certaines femmes dirigées à l'extérieur)?
8) Quels changements auraient un effet bénéfique sur votre capacité d'offrir des soins de maternité de haut niveau dans votre collectivité?
9) Croyez-vous qu'un plus grand nombre de femmes aimeraient pouvoir accoucher dans leur milieu?
10) Croyez-vous qu'il y aurait des risques, pour la mère et son bébé, si davantage de femmes accouchaient dans la collectivité?
11) Estimez-vous qu'il y ait des risques pour les femmes qui doivent accoucher ailleurs?
12) À votre avis, quelles incidences ont les accouchements pratiqués en dehors de la collectivité : Sur les femmes? Leur famille? Leur collectivité?

ANNEXE I : TEXTE DE L'ENTREVUE : DIRIGEANTS LOCAUX UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Département de médecine familiale
Faculté de médicine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C.-B.) Canada V6T 1V6

Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

Chercheurs principaux :

Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C.-B, 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281

Les entrevues avec les dirigeants locaux seront menées selon une formule semi-structurée, laquelle consiste à poser des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent aux répondants de donner leur propre réponse, laquelle peut être plus ou moins détaillée, selon leur préférence. Les questions fermées consistent à demander aux répondants de choisir parmi une liste de réponses, ce qui permet d'assurer l'uniformité des réponses. Voici un aperçu des questions qui seront posées.

1) Avez-vous remarqué des changements dans la prestation des soins de maternité au cours des trois dernières années?
2) Dans quelle mesure ces changements ont-ils eu une incidence sur les femmes qui accouchent?
Leur famille? Leur collectivité?
3) Croyez-vous que certaines femmes ont été plus touchées que d'autres?
Dans l'affirmative, lesquelles?
4) À votre avis, quels services de maternité conviendraient le mieux à votre collectivité?
5) Que faudrait-il faire pour faciliter la prestation de ces services?
6) Avez-vous constaté d'autres changements dans votre collectivité au cours des trois dernières années? Dans l'affirmative, croyez-vous que ces changements soient relies à l'évolution de la prestation des services de maternité?

BIBLIOGRAPHIE

Alaszewski, Andy et Tom Horlick-Jones. 2003. « How Can Doctors Communicate Information about Risk More Effectively? », *British Medical Journal*. 327(27) (Septembre): 728-731.

Alexander, Sophie et Marc J. N. C. Keirse. 1989. « Formal Risk Scoring During Pregnancy », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Iain Chalmers, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.). Oxford: Oxford University Press, p. 345-365.

Altheide, D. et J. Johnson. 1994. « Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research ». In *Handbook of Qualitative Research*. N. Denzin et Y. Lincoln (éd.). Thousand Oaks, CA: Sage, p. 485-499.

American Pregnancy Association. 2004. « Having a Doula: Is a Doula Right for Me? » <http://www. americanpregnancy. org/labornbirth/havingadoula. html>. Inédit.

Armstrong, Pat. 2002. « The Context for Health Care Reform in Canada », *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Pat Armstrong *et al.* (éd.). Aurora, ON: Garamond, p. 11-48.

Arney, William Ray. 1982. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.

Backett, E Maurice, A. Michael Davies et Angèle Petros-Barvazian. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With Special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning*. Public Health Papers n° 76. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Baird, A. G., D. Jewell et J. J. Walker. 1996. « Management of Labour in an Isolated Rural Maternity Hospital », *British Medical Journal*. 312(7025): 223-227.

Benoit, C., D. Carrol et A. Millar. 2002. « But Is It Good for Non-Urban Women's Health? Regionalizing Maternity Care Services in British Columbia », *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 39(4): 373-395.

Black, Douglas P. et Ian M. Fyfe. 1984. « The Safety of Obstetric Services in Small Communities in Northern Ontario », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 130: 571-576.

Blumenthal, Daniel S. et Elleen Yancey. 2004. « Community-Based Research: An Introduction », *Community-Based Health Research: Issues and Methods*. Daniel S. Blumenthal et Ralph J. DiClemente (éd.). New York: Springer Publishing Company.

British Columbia Reproductive Care Program. 1997. *Report on the 1996 Biannual Hospital Survey*. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program, F5-4500 Oak Street, Vancouver, BC V6H 3N1.

———. 2000. *Report on the Findings of a Consensus Conference on Obstetrical Services in Rural and Remote Communities: Consensus Symposium Summary*. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program. Également publié dans le *Journal canadien de la médecine rurale*. 5(4):211-217.

———. 2003. B. C. Perinatal Database. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program.

British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs. 1991. *Closer to Home. The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*. Victoria: Province de la Colombie-Britannique.

Britten, Nicky. 1996. « Qualitative Interviews in Medical Research », *Qualitative Research in Health Care*. Nicholas Mays et Catherine Pope (éd.). London: BMJ Publishing Group, p. 28-35.

Bronstein, Janet M. et Michael A. Morrisey. 1991. « Bypassing Rural Hospitals for Obstetrics Care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 16(1): 87-117.

Cameron, Bruce et Suzanne Cameron. 2001. « Outcomes in Rural Obstetrics, Atherton Hospital 1991-2000 », *Australian Journal of Rural Health*. 9 (suppl): S39-S42.

Canada, Santé Canada. 2003. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Canada, Statistique Canada. 2001. Profils des communautés. <http://www12.statcan.ca/francais/profil01/PlaceSearchForm1_F.cfm>. Consulté en juin 2004.

Carroll, June C., A. J. Reid, A. Biringer, L. M. Wilson et D. K. Midmer. 1994. « Psychosocial Risk Factors During Pregnancy: What Do Family Physicians Ask About? », *Le Médecin de famille canadien*. 40 (Juillet): 1280-1289.

Chalmers, Iain, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.) 1989a. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

———. 1989b. « Effective Care in Pregnancy and Childbirth: A Synopsis for Guiding Practice and Research », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Iain Chalmers, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.) Oxford: Oxford University Press, p. 1465-1467.

Chamberlain, M. et K. Barclay. 2000. « Psychosocial Costs of Transferring Indigenous Women from Their Community for Birth », *Midwifery*. 16: 116-122.

Chance, Graham. 1995. « Family Practice Obstetrics: Time of Opportunity », *Le Médecin de famille canadien*. 41 (Avril): 548-549.

Chaska, Benjamin W., M. S. Mellstrom, P. M. Grambsh et R. E. Nesse. 1988. « Influence of Site of Obstetric Care and Delivery on Pregnancy Management and Outcome », *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1(3): 152-163.

Church, John et Paul Barker. 1998. « Regionalization of Health Services in Canada: A Critical Perspective », *International Journal of Health Services*. 28(3): 467-486.

College of Midwives of British Columbia. 2003. *Requirements for Active Practice*. Sixième révision. Vancouver: College of Midwives of British Columbia, Room F 503, 4500 Oak Street, Vancouver, B. C. V6H 3N1.

Colombie-Britannique, Joint Standing Committee on Rural Issues. 2002. *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia*. Victoria: Ministry of Health Services et BC Medical Association.

Colombie-Britannique, Legislative Assembly's Select Standing Committee on Health. 2001. *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*. Victoria: The Legistlative Assembly of British Columbia.

Colombie-Britannique, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 1993. *New Directions for a Healthy British Columbia*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1996a. *Better Teamwork, Better Care: Putting Services for Patients First*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1996b. Report of the Regionalization of Health Services. Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.

———. 1998. Accountability Framework for British Columbia Health Authorities. Victoria: The Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

———. 1999. *Strategic Directions for British Columbia's Health Services System*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

Colombie-Britannique, Ministry of Health Planning. 2001. *A New Era for Patient-Centered Health Care: Building a Sustainable, Accountable Structure for Delivery of High Quality Patient Services*. Victoria: Ministry of Health Planning.

———. 2002a. *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities of British Columbia: An Update on Former Recommendations*. Victoria: Ministry of Health Planning.

———. 2002b. *The Picture of Health: How We Are Modernizing British Columbia's Health Care System.* Victoria: Ministry of Health Planning.

Colombie-Britannique, Ministry of Health Services. 2002. *A New Era Update 2001/02 Annual Report.* Victoria: Ministry of Health Services.

———. 2003. *A New Era Update: 2002/03 Annual Report.* Victoria: Ministry of Health Services.

Colombie-Britannique, Ministry of Health Services and Health Planning. 2002. *Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities.* Victoria: Ministry of Health Services and Health Planning.

Colombie-Britannique, Office of the Auditor General of British Columbia. 1998. *A Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services.* Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.

Consensus Conference Panel. 2000. « Towards 2001: The Quest for Quality in Perinatal Care »

Cramer, James C. 1987. « Social Factors and Infant Mortality: Identifying High-Risk Groups and Proximate Causes », *Demography.* 24(3) (Août): 299-322.

CRPA (Commission royale sur les peuples autochtones). 1996. « À l'aube d'un rapprochement », *Faits saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones,* Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.

Cunningham, F. Gary, Paul C. MacDonald et Norman F. Gant. 1993. *Williams Obstetrics.* 19e édition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Dahlberg, K., M. Berg et I. Lundgren. 1999. « Commentary: Studying Maternal Experiences of Childbirth », *BIRTH.* 26(4): 215-217.

Davidson, A. 1999. « British Columbia's Health Reform: 'New Directions' and Accountability », *Revue canadienne d'hygiène publique.* 90 (suppl): S35-S38.

Denzin, Norman K. 1978. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods.* Deuxième édition. New York: McGraw-Hill.

Dobbin, Lucy. 1998. *The Dobbin Report.* Victoria: British Columbia Ministry of Health <http://www.srpc.ca/dobbin.txt>. Consulté le 27 juin 2004.

Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn.* Lee Hoinacki (trans). Cambridge: Harvard University Press.

Enkin, Murray W. 1994. « Risk in Pregnancy: The Reality, the Perception, and the Concept », *BIRTH*. 21(3): 131-134.

Enkin, Murray et Iain Chalmers. 1982. « Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care », *Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care*. Murray Enkin et Iain Chalmers (éd.). London: Spastics International Medical Publications, p. 266-286.

Enkin, Murray, M. Keirse, M. Renfrew et J. Neilson. 2000. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Troisième édition. Oxford: Oxford University Press.

———. 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Deuxième édition. Oxford: Oxford University Press.

Fisher, M., J. F. King et J. F. Rowe. 1986. « Perinatal Mortality in British Columbia: A 10-Year Report », *BC Medical Journal*. 28(8): 563-565.

Flyvbjerg, Bent. 2001. *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Steven Sampson (trans). Cambridge: Cambridge University Press.

Fontana, A. et J. H. Frey. 2000. « The Interview: from Structured Questions to Negotiated Text », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Frankish, C. James, B. Kwan, P. A. Ratner, J. W. Higgins et C. Larsen. 2002. « Challenges of Citizen Participation in Regional Health Authorities », *Social Science and Medicine*. 54(10): 1471-1480.

Frankish, C. J. *et al.* 1999. *Community Participation in Health-System Decision Making: Survey 3 in a Series of Surveys of Health Authorities in British Columbia*. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, UBC, 2206 East Mall, Rm. 324, Vancouver (CB) V6T 1Z3.

Goodman, David C., Elliot S. Fisher, George A. Little, Thérèse A. Chang, Chiang-hua et Kenneth S. Schoendorf. 2002. « The Relation Between the Availability of Neonatal Intensive Care and Neonatal Mortality », *The New England Journal of Medicine*. 346(20): 1538-1544.

Gregg, Robin. 1993. « 'Choice' as a Double-Edged Sword: Information, Guilt and Mother-Blaming in a High-Tech Age », *Women and Health*. 20(3): 53-73.

Grzybowski, Stefan C. W., Alan S. Cadesky et William E. Hogg. 1991. « Rural Obstetrics: A 5-Year Prospective Study of the Outcomes of All Pregnancies in a Remote Northern Community », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 144(8): 987-994.

Grzybowski, Stefan *et al.* (en préparation). « Rural Maternity Care: Access to Services and Birth Outcomes ». En préparation avant l'envoi pour publication. Financé par le Telethon Foundation du Children's and Women's Health Centre of British Columbia.

Haley, Lynn. 1999. « Health-Care Regionalization Update: Regionalization: Closer to Home or Farther from Care? » <http://www. medicalpost. com>. Consulté le 11 avril 2003.

Hall, Philip F. 1994. « Rethinking Risk », *Le Médecin de famille canadien*. 40 (Juillet): 1239-1244.

Handwerker, Lisa. 1994. « Medical Risk: Implicating Poor Pregnant Women », *Social Science and Medicine*. 38(5): 665-675.

Hein, Herman A. 1977. « Regionalization of Perinatal Care in Rural Areas Based on the Iowa Experience », *Seminars in Perinatology*. 1(3): 241-254.

———. 1980. « Evaluation of a Rural Perinatal Care System », *Pediatrics*. 66(4): 540-546.

Heller, G., D. K. Richardson, R. Schnell, B. Misselwitz, W. Kunzel et S. Schmidt. 2002. « Are We Regionalized Enough? Early Neonatal Deaths in Low-Risk Births by the Size of Delivery Units in Hesse, Germany, 1990-1999 », *International Journal of Epidemiology*. 31(5): 1069-1070.

Hemminki, Elina. 1985. « Perinatal Mortality Distributed by Type of Hospital in the Central Hospital District of Helsinki, Finland », *Scandanavian Journal of the Sociology of Medicine*. 13: 113-118.

Hogg, William E. et Ned Calonge. 1988. « Topics for Family Medicine Research in Obstetrics: The Effects of Obstetric Manpower Trends on Neonatal Mortality Rates », *Le Médecin de famille canadien*. 34. Septembre: 1943-1946.

Hogg, William et Jacques Lemelin. 1986. « The Case for Small Rural Hospital Obstetrics », *Le Médecin de famille canadien*. 32 Octobre: 2135-2139.

Hutchinson, Brian G. et Ruth Milner. 1994. « Reliability of the Guide to Pregnancy Risk Grading of the Ontario Antenatal Record in Assessing Obstetric Risk », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 150(12): 1983-1987.

Hutten-Czapski, Peter A. 1999. « Decline of Obstetrical Services in Northern Ontario », *Journal canadien de la médecine rurale*. 4(2): 72-76.

———. 2002. *Rural Health Care - The Chasm Not Crossed*. Sudbury: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2000. *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada.* Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.

———. 2004. *Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant.* Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

Iglesias, Stuart et Peter Hutten-Czapski. 1999. « Déclaration conjointe de principes sur la formation des praticiens pour les soins maternels avancés et les césariennes », *Journal canadien de la médecine rurale.* 4(4): 209-216.

Iglesias, Stuart, S. Grzybowski, M. C. Klein, G. P. Gagné et A. Lalonde. 1998. « Obstétrique rurale. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural », *Journal canadien de la médecine rurale.* 3(2): 75-85.

Iglesias, Stuart, Jill Strachan, Gary Ko et Linda C. Jones. 1999. « Advanced Skills by Canada's Rural Physicians », *Journal canadien de la médecine rurale.* 4(4): 227-231.

James, Amanda M. 1999. « Closing Rural Hospitals in Saskatchewan: On the Road to Wellness? », *Social Science and Medicine.* 49(8): 1021-1034.

Janesick, Valerie J. 2000. « The Choreography of Qualitative Research Design: Minuets, Improvisation, and Crystallization », *Handbook of Qualitative Research.* Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 379-399.

Kirby, M. 2002. *La santé des Canadiens -- Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final.* Ottawa: Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la Science et de la Technologie.

Kitzinger, Jenny. 1996. « Introducing Focus Groups », *Qualitative Research in Health Care.* Nicholas Mays et Catherine Pope (éd.). London: BMJ Publishing Group, p. 36-45.

Kitzinger, Sheila. 2002. « Natural Childbirth: Why Some Women Want It », *International Journal of Obstetric Anesthesia.* 11: 30-32.

Klein, Michael. 1986. « The Canadian Family Practice Accoucheur », *Le Médecin de famille canadien.* 32 (Mars): 533-540.

———. 1987. « Perinatal Care in Europe: Lessons to Be Learned », *Le Médecin de famille canadien.* 33 (Février): 261-263.

Klein, Michael C., Jan Christilaw et Stuart Johnston. 2002a. « Loss of Maternity Care: The Cascade of Unforeseen Dangers », *Journal canadien de la médecine rurale.* 7(2) : 120-121.

Klein, Michael, C. S. Johnston, J. Christilaw et E. Carty. 2002b. « Les mères, les nouveau-nés et les collectivités. La centralisation des soins de maternité expose les mères et les nouveau-nés à des complications et met en danger la durabilité de la communauté », *Le Médecin de famille canadien*, 48 : 1177-1179.

Klein, Michael, A. Kelly, A. Spence, J. Kaczorowski et S. Grzybowski. 2002c. « In for the Long Haul: Which Family Physicians Plan to Continue Delivering Babies? », *Le Médecin de famille canadien*, 48: 1216-1222.

Klein, Michael, A. Spence, J. Kaczorowski, A. Kelly et S. Grzybowski. 2002d. « Does Delivery Volume of Family Physicians Predict Maternal and Newborn Outcome? », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 166(10): 1257-1263.

Klein, Michael, S. Grzybowski, S. Harris, R. Liston, A. Spence, G. Le, D. Brummendorf, S. Kim et J. Kaczorowski. 2001. « Epidural Analgesia Use as a Marker for Physician Approach to Birth: Implications for Maternal and Newborn Outcomes », *BIRTH*. 28(4): 243-248.

Kornelsen, Jude. 2003. *Solving the Maternity Care Crisis*. B. C. Centre of Excellence for Women's Health Policy Series. Leslie Grant Timmins (éd. séries.) et Ann Pederson (éd. en chef). Vancouver: B. C. Centre of Excellence for Women's Health.

Krueger, Richard A. 1994. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Lalonde, André B. 1998. « Safe Motherhood: Can We Make a Difference? », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 158(7): 889-891.

Lambrew, Jeanne M. et Thomas C. Ricketts. 1993. « Patterns of Obstetrical Care in Single-Hospital, Rural Counties », *Medical Care*. 31(9): 822-833.

Larimore, Walter L. et Alan Davis. 1995. « Relation of Infant Mortality to the Availability of Maternity Care in Rural Florida », *Journal of the American Board of Family Practice*. 8(5): 392-399.

Larsen Soles, Trina. 2001. « Physician Numbers in Rural British Columbia », *Journal canadien de la médecine rurale*. 6(1): 24-30.

Larson, Eric H., L. Gary Hart et Roger A. Rosenblatt. 1992. « Rural Residence and Poor Birth Outcome in Washington State », *Journal of Rural Health*. 8: 162-170.

———. 1997. « Is Non-Metropolitan Residence a Risk Factor for Poor Birth Outcome in the US? » *Social Science and Medicine*. 45(2): 171-188.

Leeman, Lawrence et Rebecca Leeman. 2002. « Do All Hospitals Need Caesarean Delivery Capability? An Outcomes Study of Maternity Care in a Rural Hospital Without On-Site Caesarean Capability », *Journal of Family Practice*. 51(2): 129-135.

LeFevre, Michael, Harold A. Williamson et Melvin Hector. 1989. « Obstetric Risk Assessment in Rural Practice », *The Journal of Family Practice*. 28(6): 691-696.

Lemelin, Jacques. 1986. « Referral Pattern and Rate of Intervention in a Small Rural Obstetrical Practice », *Le Médecin de famille canadien*. 32: 2141-2146.

Levitt, C., L. Hanvey, D. Avard, G. Chance et J. Kaczorowski. 1995. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Ottawa: Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile.

Lewis, Steven J., D. Khouri, L. A. Estabrooks, H. Dickinson, J. J. Dutchak, J. I. Williams, C. Mustard et J. Hurley. 2001. « Devolution to Democratic Health Authorities in Saskatchewan: an Interim Report », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 164(3): 343-347.

Lomas, Jonathan. 2001. « Past Concerns and Future Roles for Regional Health Boards », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 164(3): 356-357.

Lomas, Jonathan, J. Woods et Gerry Veenstra. 1997. « Developing Authority for Health Care in Canada's Provinces: I. Overview and Introduction to the Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 156(3): 371-377.

Lupton, Deborah. 1993. « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *International Journal of Health Services*. 23(3): 425-435.

Lynch, Nancy *et al.* « Does Caesarean Section Capability Make a Difference to a Small Rural Maternity Service? » Inédit.

Macaulay, A. C., L. E. Commanda, W. L. Freeman, N. Gibson, M. L. McCabe, C. M. Robbins et P. L. Twohig. 1998. « Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care. A Policy Statement for the North American Primary Care Research Group » <www. napcrg. org/exec. html>. Consulté en juin 2004.

Mann, O. H. et L. L. Albers. 1997. « Informed Consent for Epidural Analgesia in Labour », *Journal of Nurse Midwifery*. 42(5): 389-392.

McClain, Carol Shepherd. 1983. « Perceived Risk and Choice of Childbirth Service », *Social Science and Medicine*. 17(23): 1857-1865.

McCormick, Marie C. 1981. « The Regionalization of Perinatal Care », *American Journal of Public Health*. 71(6): 571-572.

McLaughlin, Fay, I. D. Rusen et Shi Liang Liu. 1999. « Prématurité » <http://www. hc-sc gc. ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/factshts/pterm_f. html>. Consulté le 25 mai 1999.

McNamara-Paetz, Linette. 1996. « Can Regionalization Live Up to Its Economic Reputation? », *Health Law Review*. 4(3): 2-8.

Melender, H-L et S. Lauri. 2002. « Experiences of Security Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of Pregnant Women », *International Journal of Nursing Practice*. 8(6): 289.

Midmer, Deana, Janet Bryanton et Rona Brown. 2004. « Assessing Antenatal Psychosocial Health. Randomized Controlled Trial of Two Versions of the ALPHA Form », *Le Médecin de famille canadien*. 50 (Janvier): 80-87.

Midmer, Deana, J. Carroll, J. Bryanton et D. Stewart. 2002. « From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool », *Revue canadienne de santé publique*. 96(4): 291-296.

Mishler, E. G. 1986. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.

Morse, Janice M. (éd.). 1992. *Qualitative Health Research: Challenges for the 21st Century*. Newberry Park: Sage Publications.

Moster, Dag, Rolv Terje Lie et Trond Markestad. 2001. « Neonatal Mortality Rates in Communities with Small Maternity Units Compared with Those Having Larger Maternity Units », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 108: 904-909.

NAPCRG (North American Primary Care Research Group). 1998. « Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care ». Réunion annuelle des membres, 4-7 novembre1998, Montréal. <http://napcrg. org/exec. html>. Consulté le 21 février 2005.

Nault, Francois. 1997. « Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995 », *Rapports sur la santé*. 9(3): 39-46.

Nesbitt, Thomas S. 1989. « Commentary » *The Journal of Family Practice*. 28(6): 695-696.

———. 1996. « Rural Maternity Care: New Models of Access » *BIRTH*. 23(3): 161-165.

Nesbitt, Thomas S., F. A. Connell, L. G. Hart et R. A. Rosenblatt. 1990. « Access to Obstetric Care in Rural Areas: Effect on Birth Outcomes », *The American Journal of Public Health*. 80(7): 814-819.

Nesbitt, Thomas S., E. H. Larson, R. A. Rosenblatt et L. G. Hart. 1997. « Access to Maternity Care in Rural Washington: Its Effect on Neonatal Outcomes and Resource Use », *American Journal of Public Health*. 87(1): 85-90.

Nolan, Mary. 2002. « The Consumer View », *Clinical Risk Management in Midwifery: The Right to a Perfect Baby?* Jo H. Wilson et Andrew Symon (éd.). Oxford: Books for Midwives, p. 124-137.

Oakley, Ann. 1992. *Social Support and Motherhood*. Oxford: Blackwell.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 1978. *Risk Approach for Maternal and Child Health Care: A Managerial Strategy to Improve the Coverage and Quality of Maternal and Child Health/Family Planning Services Based on the Measurement of Individual and Community Risk*. WHO Offset Publication n° 39. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Page, Lesley Ann. 1993. « Midwives Hear the Heartbeat of the Future (Keynote Address) », *Proceedings from the International Confederation of Midwives 23rd International Congress in Vancouver, Canada*. International Confederation of Midwives, p. 1477-1489.

Paling, John. 2003. « Strategies to Help Patients Understand Risks », *British Medical Journal*. 327(27) (Septembre): 745-748.

Peddle, Leo J., H. Brown, J. Buckley, W. Dixon, J. Kaye, M. Muise, E. Rees, W. Woodhams et C. Young. 1983. « Voluntary Regionalization and Associated Trends in Perinatal Care: the Nova Scotia Reproductive Care Program », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 145(2): 170-176.

Perelman, R. et P. M. Farrell. 1978. « The Impact of Perinatal Intensive Care and Regionalization in Wisconsin » *Wisconsin Medical Journal*. 77(3): 35-36.

Pope, Catherine et Nick Mays. 1996. « Qualitative Methods in Health and Health Services Research », *Qualitative Research in Health Care*. Nicholas Mays et Catherine Pope (éd). London: BMJ Publishing Group.

Priest, G. nd. « Discussion Paper: Providing Data on Aboriginal Persons in the *Constitution Act* ». Inédit. Ottawa: Statistique Canada.

Rayfield, J. R. 1972. « What Is a Story? », *American Anthropologist*. 74: 1084-1106.

Raymond. J. 1979. *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. Boston: Boston Press.

Reid, Anthony J., A. Biringer, J. D. Carroll, D. Midmer, L. M. Wilson, B. Chalmers et D. E. Stewart. 1998. « Using the ALPHA Form in Practice to Assess Antenatal Psychosocial Health », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 159(6): 677-684.

Reid, Tony, Inese Grava-Gubins and June C. Carroll. 2002. « Maternity Care Report: Janus Project: Family Physicians Meeting the Needs of Tomorrow's Society », *Le Médecin de famille canadien*. 48 July: 1225-1226.

Richardson, Laurel. 2000. « Writing: a Method of Inquiry », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 923-948.

Rock, S. M. et L. A. Straub. 1994. « Birth Outcomes to Rural Illinois Residents: Is There a Crisis? », *Journal of Rural Health*. 10: 122-130.

Romanow, Roy J. 2002. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada -- Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Bibliothèque nationale du Canada, n° au cat. CP32-85/2002E-IN.

Rosenblatt, Roger A. et B. Detering. 1988. « Changing Patterns of Obstetric Practice in Washington State: The Impact of Tort Reform », *Family Medicine*, 20(2): 101-107.

Rosenblatt, Roger A. et C. L. Wright. 1987. « Rising Malpractice Premiums and Obstetric Practice Patterns. The Impact on Family Physicians in Washington State », *Western Journal of Medicine*. 146(2): 246-248.

Rosenblatt, Roger A., Judith Reinken et Phil Shoemack. 1985. « Is Obstetrics Safe in Small Hospitals? Evidence from New Zealand's Regionalised Perinatal System », *The Lancet*, août 24: 429-432.

Rourke, James T. B. 1998. « Trends in Small Hospital Obstetric Services in Ontario », *Le Médecin de famille canadien*. 44 (Octobre): 2117-2124.

Rourke, James T. B., J. H. Goertzen, G. Goldsand, S. N. Hatcher, P. W. H. Humphries, S. J. Iglesias, S. Mackinnon, L. Morin, S-L. Newberry, C. O'Maonaigh, P. Rainsberry, J. Tepper, C. Ehiteside, M. E. Whittaker et Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice. 2000. « Rural Patient Stories/Rural Physician Management Narratives », *Journal canadien de la médecine rurale*. 5(1): 21.

Ryan, George M. Jr. 1977. « Regional Planning for Maternal and Perinatal Health Services », *Seminars in Perinatology*. 1(3): 255-266.

Sackett, David L., William M. C. Rosenberg, J. A. Muir Gray, R. Brian Haynes et W. Scott Richardson. 1996. « Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't », *British Medical Journal*. 312(13) (Janvier): 71-72.

Saxell, Lee. 2000. « Risk: Theoretical or Actual », *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Lesley Ann Page et Patricia Percival (éd.). Edinburgh: Churchill Livingstone, p. 87-104.

Simpson, Kathleen Rice et G. Eric Knox. 2003. « Common Areas of Litigation Related to Care During Labor and Birth: Recommendations to Promote Patient Safety and Decrease Risk Exposure », *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 17(2): 110-125.

Société de la médecine rurale du Canada, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et Le Collège des médecins de famille du Canada. 2002. « Nombre de naissances nécessaire pour le maintien de la compétence », *Journal canadien de la médecine rurale*. 7(2): 84-85.

Stahl, Katja et Vanora Hundley. 2003. « Risk and Risk Assessment in Pregnancy - Do We Scare Because We Care? » *Midwifery*. 19: 298-309.

Sterk, Claire E. et Kirk W. Elifson. 2004. « Qualitative Methods in Community-Based Research », *Community-Based Health Research: Issues and Methods*. Daniel S. Blumenthal et Ralph J. DiClemente (éd.). New York: Springer Publishing Company.

Stretch, N. C. et C. A. Knight. 2002. « Community Obstetrics: A New Look at Group Obstetrical Care in Rural Communities », *Journal canadien de la médecine rurale*. 7(3): 183-190.

Sutherns, Rebecca et Ivy Lynn Bourgeault. 2003. « Les difficultés d'accès à l'information concernant les soins de maternité dans les régions rurales canadienns », *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*. 5/6(4/1).

Tarkka, M-T et M. Paunonen. 1996. « Social Support and Its Impact on Mothers' Experiences of Childbirth », *Journal of Advanced Nursing*. 23: 70-75.

Thommasen, Harvey V., J. Berkowitz et Stefan C. W. Grzybowski. 2000. « Community Factors Associated with Long-Term Physician Retention », *British Columbia Medical Journal*. 42(9): 426-429.

Thommasen, Harvey V., M. P. van der Weyde, A. C. Micholas, B. D. Zumbo et C. A. Hagan. 2001. « Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate: Opinions of Physicians in Rural British Columbia », *Le Médecin de famille canadien*. 47 Avril: 737-744.

Veenstraa, Gerry et Jonathan Lomas. 1999. « Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance », *Health and Place*. 5(1): 1-12.

Viisainen, Kirsi. 2000. « The Moral Dangers of Home Births: Parents' Perceptions of Risks in Home Birth in Finland », *Sociology of Health and Illness*. 22(6): 792-814.

Viisainen, Kirsi, Mika Gissler et Elina Hemminki. 1994. « Birth Outcomes by Level of Obstetric Care in Finland: A Catchment Area Based Analysis », *Journal of Epidemiological Community Health*. 48(4): 400-405.

Walsh, Denis. 2003. « Risk Management Is Not Objective », *British Journal of Midwifery*. 11(8): 474.

Weitzman, Eben A. 2000. « Software and Qualitative Research », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 803-820.

Whitney, Simon N., Amy L. McGuire et Laurence B. McCullough. 2004. « A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent », *Annals of Internal Medicine*. 140(1): 54-60.

Wiegers, T. A. 2003. « General Practitioners and Their Role in Maternity Care », *Health Policy*. 1(9).

Woollard, L. A. et R. B. Hays. 1993. « Rural Obstetrics in New South Wales », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 33(3): 240-242.

Yeast, John D., M. Poskin, J. W. Stockbauer et S. Shaffer. 1998. « Changing Patterns in Regionalization of Perinatal Care and the Impact on Neonatal Mortality », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 178(1): 131-135.

Younger-Lewis, Catherine. 1988. « Should We Stop Doing Obstetrics? », *Le Médecin de famille canadien*. 34 Mai: 1024.

Zadoroznyj, Maria. 2001. « Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters », *Journal of Sociology*. 37(2): 117-139.

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

[1] La mention du premier auteur est le résultat d'un choix arbitraire, car les deux auteurs principaux ont participé à parts égales et d'une manière concertée à la conception et à la réalisation de l'étude, ainsi qu'à l'analyse et à la présentation de ses résultats.

[2] À l'heure actuelle, M[me] Kornelsen est affectée principalement au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

[3] Selon Grzybowski *et al.* (1991) et Lemelin (1986), le taux de mortalité périnatale peut offrir une mesure significative pour les études sur de vastes populations, mais ce n'est pas un paramètre statistiquement valable pour l'étude de petites populations; ce paramètre est donc moins utile pour l'évaluation d'un seul petit service d'obstétrique.

[4] Également désignée la Commission Seaton.

[5] Il ne faut pas confondre la régionalisation, au sens de la présente étude, avec le système régionalisé de soins périnatals qui a été décrit au chapitre 3 et qui consiste à offrir différents niveaux de soins dans différents établissements (Peddle *et al.*, 1983; Nesbitt, 1996).

[6] La PHSA incluait à ses débuts le B. C. Children's and Women's Health Centre, le B. C. Cancer Agency, la B. C. Transplant Society, le B. C. Centre for Disease Control, le Riverview Hospital et le Forensic Psychiatric Hospital (B. C. Ministry of Health Planning 2001). Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a conservé l'autorité sanitaire Nisga'a, créée en 1984, en qualité d'organisme indépendant, et celle-ci continue d'agir comme organisme distinct, mais parallèle. Aussi est-il techniquement exact de dire qu'il y a au total sept autorités sanitaires en Colombie-Britannique.

[7] North Island comprend 16 petites villes situées à l'extrémité nord de l'île de Vancouver (Colombie-Britannique). Alert Bay, Port Hardy et Port McNeill sont les trois villes de North Island qui, jusqu'en mai 2003, offraient des services locaux d'obstétrique. Toutes les femmes enceintes qui vivaient sur North Island devaient se rendre à l'une de ces trois villes pour accoucher. Comme Alert Bay est l'un des quatre lieux choisis pour cette étude, lorsque nous parlons de « North Island », nous faisons principalement référence à Port Hardy et à Port McNeill.

[8] Nos stratégies de recrutement n'étaient pas axées spécifiquement sur la race. En raison de la composition des populations dans les lieux choisis pour notre étude, le profil racial des participantes variait. Durant notre analyse des données, nous avons constaté que les femmes autochtones et les femmes des Premières nations avaient soulevé des points et des difficultés particuliers, que n'avaient pas mentionnés les autres femmes.

[9] La technique de recrutement basée sur l'effet boule de neige consiste à faire appel à des témoins clés et à des personnes régulièrement interviewées pour recruter d'autres participantes et participants à un projet de recherche.

[10] Toutes les participantes ont accepté l'indemnité offerte, à l'exception d'une femme qui l'a refusée et qui a insisté pour que nous utilisions cette somme de 35 $ pour créer un fonds visant à améliorer les soins de maternité pour les femmes et les familles vivant en milieu rural.

[11] La cohérence, selon la définition d'Agar et Hobbs (1982: 285, cité dans Mishler, 1986), fait référence aux relations structurelles entre divers segments du discours. En d'autres mots, cela signifie parler « d'un même sujet ». Hobbs note que la détermination de la cohérence est un processus essentiellement intuitif qui est parfois défini de façon négative (par la reconnaissance de l'absence de cohérence) (Hobbs, 1987: 285, cité dans Mishler, 1986). Outre la classification de la cohérence, la cohérence globale (c.-à-d. l'adéquation entre un énoncé particulier et le plan global du locuteur), ainsi que la cohérence thématique (c.-à-d. la manière dont un énoncé traduit les hypothèses, les croyances et les objectifs récurrents du locuteur), ont guidé notre analyse des récits des participantes et des participants (Hobbs, 1987: 285 cité dans Mishler, 1986).

[12] Le logiciel QSR NU*DIST améliore la cohérence et la rapidité de l'analyse, en veillant à la saisie de toutes les instances des mots-clés ou des codes. Il facilite également les recherches et les tris multiples, des fonctions dont le coût aurait été prohibitif s'il avait fallu les faire manuellement. L'utilisation de ce programme nous a également permis de consolider les données, et ainsi de comparer et de juxtaposer des données extraites de notes prises sur le terrain, d'entrevues, de codes, de commentaires et autres remarques pertinentes (Weitzman, 2000). Certaines précautions ont été prises dans l'utilisation du logiciel QSR NU*DIST afin que, malgré la facilité d'accès aux mots et aux codes, nous obtenions une interprétation claire et approfondie des transcriptions globales et que nous évitions de faire une analyse privée de son contexte en nous concentrant ainsi sur les plus petites unités de l'analyse.

[13] Selon les renseignements obtenus, deux années de pratique active sont nécessaires pour la délivrance d'un permis; une fois cette exigence satisfaite, le maintien de la pratique active exige que la sage-femme assiste à 60 accouchements par année, dont 40 à titre de sage-femme principale (20 pouvant être à titre d'assistante).

[14] Depuis 2001, l'Université de la Colombie-Britannique offre un programme de baccalauréat de quatre ans. Il s'agit toutefois d'un programme fortement contingenté, qui n'accepte que dix candidates par année.

[15] Il n'existe à l'heure actuelle aucun organisme qui réglemente les exigences relatives à la pratique ou à l'agrément des monitrices de cours prénatals; cependant, les Perinatal Education Guidelines élaborées durant les années 1990 indiquent que ces personnes devraient avoir suivi un cours.

[16] De nombreuses collectivités rurales, privées d'un accès local à des services pratiquant de césariennes, ont établi des recommandations et des politiques visant à dissuader les femmes d'accoucher localement. Ces recommandations s'appuient sur des données selon lesquelles les femmes nullipares doivent plus souvent être transférées que les multipares, pour subir une césarienne lorsque le travail ne progresse pas (Consensus Conference Panel, 2000).

[17] La vérification auprès des membres consiste à présenter les conclusions préliminaires d'une étude aux participantes et participants, en vue d'obtenir leurs commentaires et d'intégrer ensuite ces commentaires, s'il y a lieu, aux conclusions de l'étude. Ce processus permet de brosser un portrait plus fidèle et plus complet du phénomène étudié (Altheide et Johnson, 1994).

[18] Cette recommandation s'appuie sur les initiatives qui s'inscrivent dans le cadre du B. C. Reproductive Care Program, notamment les programmes *Women's Advanced Maternity Fellowship for Rural Practitioners* et *Perinatal Nursing Competency Collaborative Partnership*, et qui ont pour but d'appuyer les praticiens qui offrent des soins de maternité dans des collectivités rurales et de petites collectivités urbaines de la Colombie-Britannique.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada
Appel de propositions La restructuration économique du Canada rural : répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales *

Un projet national de recherche pour examiner l'incidence de la restructuration sur la santé des femmes dans les régions rurales, éloignées et nordiques : questions stratégiques, options et application des connaissances
Ivy Lynn Bourgeault, Christine Dallaire, Lorraine Greaves, Barb Neis et Rebecca Sutherns

Soins de longue durée : les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux
Belinda Leach et Bonnie C. Hallman

Les soins de maternité en milieu rural : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique
Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski avec Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson et Lana Sullivan

La politique agricole canadienne : une analyse comparative entre les sexes
Carla Roppel, Annette Aurélie Desmarais et Diane Martz
National Farmer's Union

Muettes et invisibles : les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire au Canada
Diane Martz, Maureen Reed, Ingrid Brueckner et Suzanne Mills

La politique gouvernementale et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie
Ann Manicom, Janet Rhymes, Nan Armour et Doreen Parsons
Women's Economic Equality (WEE), en partenariat avec le projet Hypatia

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs

Vos commentaires nous sont précieux

Vos commentaires et suggestions peuvent nous aider à conserver l'utilité de nos publications. Si vous avez un moment, auriez-vous l'amabilité de compléter le questionnaire suivant et de nous le retourner. Merci.

Titre du rapport ______________________________

1. Le rapport vous était-il utile? 1 2 3 4 5
Pas très utile *extrêmement utile*

a) Quelle partie du rapport avez-vous trouvé la plus utile?

____

____

b) Comment aurait-on pu le rendre plus utile?

____

____

____

2. Comment avez-vous utilisé le rapport? Comme outil dans :

l'élaboration de politique

la recherche en matière de politique

le plaidoyer

autre : ______________________________

3. Êtes-vous affilié(e) avec:

un organisme de femmes

le gouvernement fédéral

un autre organisme non-gouvernemental

un gouvernement provincial/territorial

un gouvernement provincial/territorial

un gouvernement municipal

autre: ______________________________

Prière de retourner ce questionnaire par la poste ou par télécopieur à l'adresse suivante:

Condition féminine Canada
Direction de la recherche
Édifice McDonald
123,rue Slater, 10ième étage
Ottawa (Ontario)
K1P IH9

Télécopieur : (613) 995-4800